



Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

DROGUES ET TOXICOMANIES

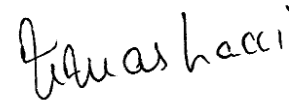
Indicateurs et tendances

Édition 1999

La publication de cette nouvelle édition du rapport « Indicateurs et tendances », deux ans et demi après la précédente, vient actualiser et approfondir l'état des lieux sur les usages de substances psychoactives, leurs modalités et leurs conséquences. Il convient de souligner l'importance d'un travail visant à rendre disponibles des outils de mesure qui facilitent la mise en œuvre des politiques publiques et permettront leur évaluation.

L'entreprise, qui allie à la fois rigueur et pédagogie, s'est avérée particulièrement utile dans le cadre de la préparation du plan triennal 1999-2001 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, et constituera une référence pour l'ensemble des acteurs chargés de donner une nouvelle impulsion à l'action publique dans le domaine. Elle s'inscrit dans la nouvelle approche développée par les pouvoirs publics, centrée sur les comportements et non seulement sur les produits.

Comme les deux premières éditions, cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif, qui s'appuie sur la confrontation de points de vue et d'approches disciplinaires différents. Nous tenons à le saluer et à remercier chaque personne et organisme qui a pris part, à un moment ou à un autre, à sa réalisation.



Nicole MAESTRACCI

*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*



Yves CHARPENEL

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

*Directeur des Affaires Criminelles
et des Grâces*

AVANT-PROPOS	3
RÉSEAU MOBILISÉ	7
CONTRIBUTIONS AU PROJET	8
INTRODUCTION	10
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	14
TENDANCES ACTUELLES	16
LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES	19
Cadre légal et évolution de la politique publique de lutte contre les drogues	20
Les drogues illicites	20
■ La loi de 1970	20
■ Les dispositions législatives introduites depuis la loi de 1970	22
■ La coordination de la politique de lutte contre la drogue	23
■ Mise en œuvre de la loi de 1970 et évolution de la politique publique	24
■ Les nouvelles orientations de la MILDT (1998)	30
Alcool, tabac	33
■ Alcool	33
■ Tabac	36
Les dispositifs et les moyens de la lutte contre les drogues	38
Les drogues illicites	38
■ Les dispositifs sanitaires et sociaux	38
■ Application de la loi	45
■ Les dépenses liées à la politique de lutte contre les drogues illicites	48
L'alcool	52
■ Les dispositifs de traitement et de prévention	52
■ Application de la loi	54
■ Les dépenses liées à la politique de lutte contre l'alcoolisme	54
Le tabac	56
INDICATEURS	57
Les consommations de drogues en France	58
■ La mesure de l'ampleur des consommations de drogues	59
■ La consommation de drogues illicites chez les adultes	62
■ La consommation d'alcool chez les adultes	67
■ La consommation de tabac chez les adultes	73
■ La consommation de médicaments psychoactifs chez les adultes	77
■ La consommation de drogues illicites chez les adolescents	82
■ La consommation d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs chez les adolescents	87
■ Perceptions, opinions et attitudes de la population française en matière de drogues illicites	91

Usagers de drogues et institutions	95
Usagers de drogues pris en charge par le système sanitaire et social	95
■ Dispositif d'accueil téléphonique : Drogues info service	96
■ Usagers de drogues suivis par les institutions sanitaires et sociales	98
■ La prise en charge des usagers de drogues par les médecins généralistes	103
■ Indicateurs de la réduction des risques : vente et distribution des seringues	105
■ Usagers sous traitement de substitution	108
Usagers de drogues et système pénal	111
■ Les interpellations pour usage de drogues illicites	112
■ Les injonctions thérapeutiques	116
■ Les condamnations pour usage de drogues illicites	120
■ Les incarcérations pour usage de drogues illicites	125
■ Quelques chiffres sur les délits de conduite en état alcoolique	127
Usagers de drogues illicites vus par les institutions : caractéristiques et modes d'usage	128
■ Age, sexe, insertion professionnelle et couverture sociale des usagers de drogues	129
■ Produits consommés et modalités d'usage	133
Situation sanitaire des usagers de drogues	138
■ Morbidité	139
■ Quelques chiffres sur la morbidité liée à l'alcool et au tabac	149
■ La mortalité liée à l'usage de drogues illicites	151
■ Quelques chiffres sur la mortalité liée à l'alcool et au tabac	154
Offre de produits	156
Le chiffre d'affaires des drogues illicites, de l'alcool et du tabac	157
La lutte contre le blanchiment de l'argent lié aux drogues illicites	162
Trafic de drogues illicites : interpellations, condamnations et incarcérations	164
Les saisies de drogues illicites	169
Les drogues illicites dans les départements français et dans les pays de l'Union européenne	172
Approche géographique des drogues illicites en France	173
Les drogues illicites dans l'Union européenne	177
TENDANCES	183
Usages et usagers	186
Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000	187
Diffusion des drogues de synthèse en France	194
L'usage de drogues en milieu carcéral	198
Approche ethnographique de la consommation de cannabis en banlieue parisienne	203
Prévalence et incidence du VHC chez les usagers de drogues vus au service de soins du CHS de Jury-les-Metz (Moselle)	206

Trafic	208
Trafics transfrontaliers d'héroïne de Barcelone à Perpignan	209
L'évolution des filières d'offre d'ecstasy en France au cours des années 1990 : de l'approvisionnement direct à l'intervention des milieux criminels	211
Institutions et politiques publiques	214
Soins	214
■ Les traitements de substitution par le Subutex® en France	215
■ Suivi des usagers de drogues bénéficiant de prescription de méthadone	220
■ Observation des usages de Néocodion® par le dispositif officinal	223
■ Principaux résultats de l'enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues une semaine donnée	227
■ Politiques et pratiques de soins en prison	230
Application de la loi	233
■ Évaluation de l'injonction thérapeutique	235
■ Les usagers de stupéfiants suivis par les comités de probation	238
■ Classification des usagers de drogues illicites du point de vue de l'activité répressive de services de police	240
Prévention	242
■ Les Comités d'Environnement Social	243
■ Les politiques locales en matière de problèmes liés aux drogues	247
ANNEXES	251
Annexe 1 : abus, usage nocif et dépendance, définitions (CIM10, DSMIV)	252
Annexe 2 : résumé du rapport du Professeur PARQUET	254
Annexe 3 : résumé du rapport du Professeur ROQUES	257
Annexe 4 : expertise collective INSERM sur l'ecstasy	259
Annexe 5 : la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en France	261
SIGLES	264
FICHE D'OBSERVATIONS	267
COORDONNÉES DE L'OFDT	269

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 88, 169, 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)
Institut de veille sanitaire (IVS, ex RNSP)
Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances (TOXIBASE)
Société d'entraide et d'action psychologique (SEDAP)

Ministère de la Défense

Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA)
Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN)

Ministère de l'Économie 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

Ministère de l'Intérieur

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 (SDSED)
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 de l'Emploi et de la Solidarité

Direction générale de la santé (DGS) : bureau SP3, division SIDA
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, DREES (ex SESI)
Direction des hôpitaux (DH) : bureau E02 (Mission Sida)

Directeur de publication

Jean-Michel COSTES *directeur de l'OFDT*

Conduite du projet et rédaction

Christophe PALLE *chargé d'études OFDT*

Membres du groupe projet du rapport

Gérard CAGNI	<i>SEDAP - TOXIBASE</i>
Claude FAUGERON	<i>CNRS</i>
François-Rodolphe INGOLD	<i>IREP</i>
Dominique PÊCHEUX	<i>Ministère de l'Intérieur, OCRTIS</i>

Contributions au rapport, auteurs d'article

François ALLAERT	Françoise FACY	Hélène MARTINEAU
Sylvain AQUATIAS	Lionel FOURNIER	Michel ROTILY
Robert BALLION	Jean-Louis GARCIA-MACE	Michel SCHIRRAY
Patrick BEAUVÉRIE	François-Rodolphe INGOLD	Michel SETBON
Gérard CAGNI	Claude JACOB	Laurence SIMMAT-DURAND
Marc BESSIN	Michel JOUBERT	Alain TARRIUS
Thierry COLOMBIÉ	François HERVÉ	Abdalla TOUFIK
Claire DELORME	Nacer LALAM	Didier TOUZEAU
Jean DUGARRIN	Xavier LEGALL	Marta VALENCIANO
Julien EMMANUELLI	France LERT	Jean Louis VIGNOLLE

Contributions spécifiques de l'OFDT

François BECK	Carine MUTATAYI	Thierry DELPRAT
Abdalla TOUFIK	Alice SARRADET	Michel GANDILHON

Suivi de fabrication

Frédérique MILLION

Membres du Collège Scientifique de l'OFDT (de septembre 1996 à avril 1999)

Président : Roger HENRION

Gérard BADEYAN	Alain EPELBOIN	France LERT
Jean BEGUÉ	Claude FAUGERON	René LEVY
Gérard CAGNI	Georges FRAGA	Bernard PAGES
Sylvain DALLY	Claude JACOB	Dominique PÊCHEUX
Jean-Pierre DESCHAMPS	Pierre KOPP	Marc VALLEUR
Alain EHRENBORG	Bernard LAFONT	

Membres du Collège Scientifique de l'OFDT (depuis avril 1999)

Président : Claude GOT

Gérard BADEYAN	Jean-Dominique FAVRE	Antoine LAZARUS
Joseph CANDALOT	Olivier GUÉRIN	Dominique PÊCHEUX
Sylvain DALLY	Claude JACOB	Alain SAGLIO
Alain EHRENBORG	Monique KAMINSKI	Michel SETBON
Alain EPELBOIN	Pierre KOPP	Laurent TOULEMON
Claude FAUGERON	Hugues LAGRANGE	Marc VALLEUR

Remerciements pour leur participation

Jacques ABGRALL	Sandrine FAUGERON	Hélène MORFINI
Claude ANFRAY	Thérèse FOUQUES DUPARC	Françoise MOYEN
Marie ANGUIS	Jean FRANKA	Marie-Claude MOUQUET
Jacques ARENES	Georges GADEL	Nadine NEULAT
Christine d'AUTUME	Augustin GALINDO	René PADIEU
Elisabeth AUBOURG	Claude GOT	Elda PHILIPPE
Christine BARBIER	Marie-Claire GUIDOTTI	Josianne PILLONEL
Marie-Danielle BARRÉ	Alice GUITON	Guillaume PRUNIER
Françoise BELINGARD-DEYBACH	Martine GIACOMETTI	Murielle RABORD
Dominique BILLET	Danielle GRIZEAU	Hubert REDON
Juliette BLOCH	Nicole GUIGNON	Jean-Loup REY
Patricia de BONNAY	Philippe GUILBERT	Didier RIOUFOL
Michel BOUCHET	Françoise HATTON	Olivier ROCHE
François BOURDILLON	Roger HENRION	Nathalie ROUFFIAC
Danielle BUGEAUD-DORLIN	Marie-Pierre HOURCADE	Alain SAGLIO
Patrick CHANSON	Marie-Pierre JOLY	Patrick SANOSY
Yves CHARPAK	Claude JOUVEN	Caroline SIX
Yves CHARPENEL	Annie KENSEY	Patrick TASSART
Alain CHARRAUD	Frédéric LE CARVAL	Sergine TELLIER
Baptiste COHEN	Bernard LEGQUEIX	Odile TIMBART
Eric DANON	Jean-Louis LOIRAT	Charlotte TRABUT
Jean-Michel DASQUE	Florence LOT	Alain TRUGEON
Dominique DELABRUYERE	Jean-Patrick LOUBOUTIN-CROC	Danielle VASSEUR
Aline DESESQUELLES	Kamel MALEK	Annie VELTER
Sylvie DUMARTIN	Hervé MÉCHERI	Julian VICENTE
Eric DUSSEUX	Julien MERCURE	
Anne de l'ÉPREVIER	Danielle MILLION	

L'Observatoire publie cette troisième édition du rapport au moment où les pouvoirs publics viennent de définir de nouvelles orientations et de donner une nouvelle impulsion aux actions à mener pour prévenir et réduire les dommages liés aux consommations de substances psychoactives. En phase avec le lancement d'un nouveau plan triennal du gouvernement en la matière, l'état des lieux dressé ici permet de mieux appréhender l'étendue et la complexité du phénomène auquel nous avons à faire face. L'ensemble de ce travail a été réalisé sous l'égide du Collège Scientifique qui a été étroitement associé à toutes les phases de réalisation et a validé la rédaction finale.

La politique publique s'oriente vers une nouvelle approche qui s'applique à prévenir et à traiter l'ensemble des usages des produits psychoactifs, quel qu'en soit le statut juridique. Cette approche, tout en reconnaissant les spécificités médicales et sociales de chaque produit, accorde une priorité à la notion de comportement d'usage plutôt qu'à celle de produit. Pour mieux répondre à sa mission, orientée vers une perspective d'aide à la décision, l'Observatoire se doit d'étendre son champ d'observation en conséquence. Le présent rapport en est une première illustration. En effet, il prend en compte l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs au même titre que les drogues illicites. Toutefois, compte tenu du caractère récent de cette extension, la mise en perspective globale n'a pas été toujours possible ; elle est restée limitée à certains domaines, principalement la description des consommations.

Définition des drogues

En français, le terme « drogue » peut prendre différents sens. Au XIX^e siècle, il s'est d'abord appliqué aux préparations faites par les apothicaires. Progressivement, ce mot a pris une connotation péjorative, désignant, par opposition aux médicaments, les substances à l'efficacité thérapeutique douteuse ou susceptibles d'être utilisées dans un but purement hédoniste. Dans le langage courant actuel, la drogue est souvent associée aux seuls produits illicites classés comme stupéfiants. Cette acception du terme est aussi celle du juriste, ainsi que celle des policiers et des magistrats. Les médecins cliniciens classent, quant à eux, les substances en fonction de leur capacité à induire une dépendance et à nuire à la santé physique et mentale de leurs patients. Un spécialiste des produits toxiques différencie les produits en fonction de leur toxicité intrinsèque, indépendamment des risques de dépendance et des conséquences sanitaires et sociales de leur consommation. L'ambiguïté de ce mot rend le débat difficile et il apparaît nécessaire, au préalable, de définir ce terme le plus précisément possible.

Les définitions des dictionnaires actuels font référence au caractère toxique des « drogues » (« Substances toxiques, stupéfiants » selon le Grand Robert) et à la dépendance qu'elles engendrent (« Substance psychotrope naturelle ou synthétique, qui conduit au désir de continuer de consommer pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle procure » selon le Grand Larousse Universel). On retrouve les mêmes éléments de définition dans les ouvrages plus spécialisés. Le Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et de la dépendance* définit la drogue comme une « substance psychoactive prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance ». Selon l'ouvrage de référence d'Inaba et Cohen sur les excitants, calmants et hallucinogènes**, peut être considéré comme une drogue « toute substance qui entraîne des distorsions de fonctionnement du système nerveux central ».

Cet effort de clarification du concept de drogue conduit donc à deux acceptions de ce mot. La première est très large, de type toxicologique, et correspond à la dernière définition citée. Un grand nombre de médicaments se trouveraient alors inclus parmi les drogues. La seconde, plus restreinte, est fondée sur la notion de dépendance, terme lui-même défini par la communauté scientifique internationale (voir annexe 1 du rapport).

Dans le cadre de ce rapport, la **définition provisoire** suivante est retenue pour le terme drogue : produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier son état de conscience, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être légal ou non. Cette définition inclut : les stupéfiants

(conventions ONU) les substances psychotropes (convention ONU 71), l'alcool, le tabac, les colles et solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées. Cette définition exclut les substances vitales (eau, air), le café, le chocolat, les médicaments psychoactifs non utilisés pour modifier son état de conscience.

S'appuyant sur cette définition, et par convention, le terme « **drogue** » (ou parfois « produits psychoactifs ») couvre l'ensemble des produits pris en compte dans ce rapport, ce qui comprend les sous-ensembles suivants : **alcool, tabac**, « médicaments psychoactifs », « drogues illicites ». Les **médicaments psychoactifs** comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les **drogues illicites** comprennent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, substances de synthèse, médicaments détournés, etc.). Par souci de simplification de langage, le terme « drogue », au singulier, sera utilisé dans des sections traitant de drogues illicites.

Définition des comportements d'usage

En matière de comportements, trois catégories sont distinguées : l'usage, l'usage nocif, la dépendance. Ces distinctions sont communes au milieu scientifique international. Elles reposent sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV).

L'**usage** est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'**usage nocif** (ou **abus**) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages. Ces derniers peuvent être de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation : conduite automobile, grossesse. Enfin, ces dommages peuvent être causés par l'usage à lui-même ou à un tiers.

La **dépendance** est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif de produit, la difficulté du contrôle de la consommation, la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, posent problème sur certains plans. Ainsi, certains usages dangereux mais ponctuels ne sont pas pris en compte sous le concept d'abus. De même la définition de la dépendance peut être largement discutée. De plus ces concepts sont difficilement pris en compte par la statistique. Dans certains cas, il est possible de distinguer usage nocif et dépendance, et des efforts doivent être faits dans ce sens. Néanmoins, dans le rapport, les concepts d'usage nocif, d'abus et de dépendance seront appréhendés de manière globale sous le terme empirique « **d'usage à problèmes** » venant s'inscrire en complément du terme « **usage** » entendu comme n'entraînant pas de dommages graves ni répétés.

Les termes usage/usager et consommation/consommateur seront donc non seulement employés pour couvrir les trois catégories de comportement précédemment décrites, mais également les comportements de consommation de l'ensemble des produits psychoactifs et les populations correspondantes. Les termes toxicomanie/toxicomane seront utilisés selon leur acception ordinaire, liée au phénomène de dépendance aux drogues illicites.

Les sources d'informations

Les **enquêtes** reposent sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Les enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, dans l'ensemble de la population. Il est cependant parfois difficile de déceler par ces enquêtes des comportements relativement rares dans une population.

Les résultats fournissent une image de la consommation déclarée qui n'est pas forcément identique à la consommation réelle.

Les **données de vente**, lorsqu'elles existent, donnent une autre image des comportements de consommation et de leur évolution. Elles peuvent être utilement confrontées aux résultats des enquêtes afin d'apprécier les écarts entre comportements d'achat et consommation déclarée.

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

Les **statistiques administratives** et certaines études, ciblant une clientèle particulière, définie par l'institution qui intervient dans le champ (par exemple : santé/personnes ayant recours aux soins, justice/personnes incarcérées), donnent des estimations partielles : les consommateurs vus par une institution. La population cachée, non vue par l'institution, est, par définition, inestimable.

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

Les limites des sources d'informations existantes en France, à l'heure actuelle, sont à souligner.

C'est notamment le cas du **dispositif d'enquêtes en population générale**. Celui-ci est composé de différentes enquêtes, dont la périodicité est variable (trimestrielle à décennale) et la couverture partielle, en termes d'âge de la population sondée et de produits consommés. De plus, la description des consommations et la formulation des questions varient d'une enquête à l'autre, rendant le suivi des évolutions très difficile. Les méthodes de sondage ne sont pas les mêmes et ne permettent pas toujours un calcul fiable de l'estimation de la qualité des résultats. Les différentes procédures de questionnement utilisées (téléphone, face-à-face, etc.) introduisent des biais non mesurables dans la comparaison des résultats.

Une grande part des données disponibles, notamment dans le cas des drogues illicites, provient de **statistiques administratives** et porte donc sur des populations « captées » par les institutions. Elles reflètent à la fois une partie du phénomène et l'action de l'institution sur celui-ci. Leur production répond à une logique institutionnelle et aux besoins d'information de l'institution pour mener à bien son action. Ces sources d'informations sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances lourdes, par leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. Leur utilisation est néanmoins délicate, et il est important de bien prendre en compte leurs limites. Les indicateurs produits sont des « indicateurs indirects », dont l'inertie inhérente à leur processus de production ne leur permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. De plus, ces sources d'informations posent des problèmes spécifiques : limitation de leur champ théorique, fiabilité, doubles comptes.

Méthode de travail

Cette tentative de synthèse des données et des analyses disponibles sur les drogues et les toxicomanies a une ambition multidisciplinaire, afin d'échapper aux approches trop segmentées, habituelles dans ce domaine. Se représenter le phénomène, son évolution et ses tendances de façon aussi globale que possible, demande un effort significatif et novateur. Il suppose un travail visant à explorer et à préciser la signification des séries chiffrées et à les confronter les unes avec les autres, alors que les données proviennent de sources tout à fait différentes, et ont souvent été produites selon des protocoles méthodologiques différents, aussi bien qualitatifs que quantitatifs : données cliniques, statistiques, épidémiologiques, ethnographiques, etc.. 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 troisième rapport est identique à celui mis en place pour les précédents. 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 des approches de ses membres. Le collège scientifique s'est impliqué pour valider les orientations initiales ainsi que l'ensemble du rapport. Une validation externe a été demandée, chapitre par chapitre, aux experts compétents.

La démarche adoptée poursuit des objectifs à la fois pédagogique et technique. Il s'agit non seulement de présenter des indicateurs et de dégager des tendances, mais aussi de préciser leurs origines et leurs limites d'interprétation grâce à la confrontation de points de vue divers.

Le rapport comprend trois parties. Une première partie est consacrée à la présentation du cadre légal et institutionnel dans lequel s'inscrit la consommation des drogues. Au-delà d'un simple rappel des principales dispositions légales relatives aux différentes drogues, cette partie retrace l'évolution de l'action des pouvoirs publics depuis une trentaine d'années et décrit l'état actuel des dispositifs de lutte contre les drogues.

La deuxième partie traite de la mesure du phénomène « drogues » en France en s'appuyant sur un certain nombre d'indicateurs. Ne sont donc décrits ici que les aspects du phénomène drogue pouvant être quantifiés : d'une part en ce qui concerne l'aspect demande, nombre d'usagers et d'usagers à problèmes ainsi que leurs caractéristiques, mesure des dommages (morbidity, mortalité) liés à la consommation de drogues, et d'autre part en ce qui concerne l'offre, nombre de personnes concernées par le trafic de stupéfiants, saisies, etc.. Pour chaque question abordée, il existe au moins un indicateur statistique de mesure qu'il est possible de suivre de période en période. Les données font l'objet d'une présentation critique et sont accompagnées de précisions méthodologiques. L'observation au travers des indicateurs est complétée, lorsque cela est possible, par des données résultant d'enquêtes ponctuelles ou d'études à caractère qualitatif.

La troisième partie présente des textes d'auteurs, faisant état des résultats d'enquêtes, d'études ou de recherches. Ces travaux, qui relèvent de différents champs scientifiques, fournissent un éclairage complémentaire, voire contradictoire, aux mesures fournies par les indicateurs. Il peut s'agir de questions qui n'ont pas encore été prises en compte ou d'aspects que les données chiffrées sont impuissantes à éclairer (approche qualitative, tendances à très court terme que les indicateurs ne pourront traduire qu'au bout d'un certain temps). L'OFDT a sollicité des auteurs dont les travaux de recherche présentent des garanties scientifiques. Le contenu des textes n'engage cependant qu'eux-mêmes.

*Richard (D.), Senon (J.-L.), Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, Larousse, 1999.

**Inaba (O.S.), Cohen (W.E.), Existant calmants, hallucinogènes : effets physiques et mentaux des drogues et autres produits actifs sur le psychisme, traduit de l'anglais par Lagier G., PICCIN, 1997

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

Bibliographie sur les drogues illicites

Les rapports français

- ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1999, 318 p.
- INSERM, *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Expertise collective, Paris, INSERM, 1998, 343 p.
- Cour des comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, Cour des comptes, Paris, 1998, 248 p.
- PARQUET (P.-J.), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.
- Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France 1994-1998*, Paris, La Documentation française, 1998, 309 p.
- Commission sociale de l'épiscopat, *Drogues, église et société : médecins, éducateurs, politiques, chercheurs, associations s'expriment*, Paris, Bayard/Cerf, 1997, 337 p.
- Sécurité routière, *Drogues licites et illicites : rapport au Premier ministre*, La Documentation française, Paris, 1996.
- HENRION (R.), *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.
- *Rapports du Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, Paris, 23 novembre 1994.
- TRAUTMANN (C.), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier ministre*, La Documentation française, Paris, 1990.
- PELLETIER (M.), *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, Paris, 1978.

Les rapports internationaux

- Commission Européenne, *L'Union européenne en action contre la drogue*, Luxembourg, 1998, 32 p.
- Programme des Nations unies pour le Contrôle international des drogues, *World drug report : United Nations International Drug Control Programme*, Oxford University Press, 1997, 332 p.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Lisbonne, EMCDDA, 1998, 117 p.

Sources statistiques et répertoires

- OFDT, *Drogues et toxicomanies : répertoire des sources statistiques*, Paris, 1997, 187 p.
- PADIEU (R.), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, DGLDT, La Documentation française, Paris, 1994.

Ouvrages généraux

- RICHARD (D.), SENON (J.-L.), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 1999, 433 p.
- FRYDMAN (N.), MARTINEAU (H.), *La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies*, Paris, La Documentation française, 1998, 417 p.
- OFDT, *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances* - Edition 1996, Paris, 1997, 127 p.
- INABA (O.S.), COHEN (W.E.), *Excitant, calmants, hallucinogènes : effets physiques et mentaux des drogues et autres produits actifs sur le psychisme*, traduit de l'anglais par Lagier G., PICCIN, 1997.

- OGIE (A.), MIGNON (P.), *La demande sociale de drogues*, DGLDT, La Documentation française, Paris, 1994.
- EHRENBURG (A.), *Penser la drogue penser les drogues*, (textes réunis par), Editions Descartes, Paris, 1992.

Revue

- *Toxibase* : revue documentaire, publication trimestrielle, Toxibase, Lyon.
- *Psychotropes* : revue internationale des toxicomanies, publication trimestrielle, De Boeck Université, Paris, Bruxelles.
- Usage de drogues et toxicomanie, dossier, Actualité et dossier en santé publique, Revue trimestrielle du haut comité de la santé publique, N°22, mars 1998.
- Documents du groupement de recherche Psychotrope, Politique et société, CNRS.

Bibliographie sur les drogues licites

- GOT (C.), WEILL (J.), *L'alcool à chiffres ouverts : consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan, 1997, 350 p.
- ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob, 1996, 282 p.
- HIRSCH (A.), HILL (C.), FROSSART (T.-M.) et AL., *Lutter contre le tabagisme*, Propositions au ministre délégué chargé de la santé et de la famille, Paris, La Documentation française, 1988, 279 p.
- Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac, 8-9 octobre 1998. Paris, EDK, 1999.
- SASCO (A.J.), DALLA-VORGIA (P.), VAN DER ELST (P.), *Étude comparative de contrôle du tabagisme dans les pays de la Communauté économique européenne*. Rapport technique du CIRC n°8, Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyon, 1995, 74 p.

Ouvrage traitant de l'ensemble des drogues

- Haut comité de la santé publique, *La santé en France, 1994-1998*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.
- ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1999, 318 p.

Chacun des rapports de l'OFDT est l'occasion de se livrer à l'exercice délicat d'appréciation des tendances récentes dans le domaine des drogues et de l'usage de drogues. On peut rappeler qu'il ne s'agit pas de livrer une synthèse des éléments décrits dans le rapport, mais de sélectionner les traits saillants qui émergent de la confrontation des données quantitatives disponibles et d'approches plus qualitatives, « à dire d'experts », sur les évolutions en cours.

L'OFDT a vu récemment sa mission d'observation s'élargir à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychoactifs et aux produits dopants. Pour certains aspects, tels que l'évolution des consommations, il est d'ores et déjà possible de dégager des tendances pour les différentes drogues. Pour d'autres aspects, l'OFDT n'est en mesure d'apprécier les tendances, à l'heure actuelle, que pour les drogues illicites.

Avant de détailler les évolutions perceptibles dans les différents champs d'observation, nous souhaiterions mettre en évidence les traits les plus marquants des modifications intervenues dans le domaine des drogues illicites depuis la parution de notre premier rapport en 1995.

- Le premier élément à signaler est la forte réduction des décès des usagers de drogues par surdose d'une part, et par Sida de l'autre. Ces deux évolutions, bien que parallèles, ont des origines indépendantes.
- On observe également, depuis plusieurs années, une importante diminution de la consommation d'héroïne, phénomène auquel est vraisemblablement en partie liée la baisse du nombre de surdoses mortelles. La tendance à la réduction de la consommation de ce produit était peut-être déjà présente depuis quelques années sans qu'il ait été possible de la percevoir à l'époque. En 1997 et 1998, le phénomène apparaît incontestable et se manifeste dans les statistiques d'interpellations des usagers et des trafiquants d'héroïne, dans les saisies d'héroïne ainsi que dans les observations de terrain. Cette évolution est liée à l'accroissement rapide du nombre de personnes sous traitement de substitution depuis 1996, mais aussi à la désaffection à l'égard de ce produit.
- Cette tendance à la réduction de l'usage d'héroïne est néanmoins contredite par l'apparition de consommations occasionnelles d'héroïne parmi les jeunes, dans le sillage des drogues de synthèse. Ces consommations d'héroïne restent à l'heure actuelle très limitées, et sont peut-être demeurées cachées jusqu'à maintenant. Il est encore trop tôt pour savoir si une dynamique nouvelle de l'usage d'héroïne est engagée ou s'il ne s'agit que de la persistance d'une consommation résiduelle de ce produit.
- Enfin, la troisième évolution importante à mentionner est la banalisation de la consommation de cannabis.

Consommation des drogues

Produits illicites :

- La consommation de cannabis est de plus en plus répandue, en particulier chez les jeunes. On constate une distance de plus en plus grande entre, d'une part, la loi et sa mise en œuvre et, d'autre part, les pratiques de consommation. Les plantations particulières de cannabis sont en développement.
- La consommation de produits de synthèse, appartenant aux familles des stimulants ou des hallucinogènes, paraît également être en augmentation. Les indicateurs disponibles ne permettent cependant pas pour l'instant de confirmer cette tendance. On observe de nouvelles utilisations de produits anesthésiants tel que la Kétamine et le GHB et l'apparition de nouveaux produits comme le DOB (dérivé amphétaminique).
- La tendance à la baisse du nombre d'usagers d'héroïne « à problèmes » se poursuit.

- La consommation de cocaïne est en augmentation, phénomène qui transparaît dans les statistiques d'interpellations, dans les enquêtes auprès des jeunes comme dans les observations de terrain.
- Même si nous ne disposons pas d'indicateurs permettant de le montrer clairement, la consommation de l'héroïne par voie intraveineuse est certainement en diminution. On note en revanche l'apparition du recours à l'injection pour les produits stimulants.
- Les consommations festives avec association de multiples produits, dont des produits licites, se développent chez les jeunes.

Produits licites :

- La consommation moyenne d'alcool (en quantité équivalente d'alcool pur) s'inscrit dans une tendance de long terme à la baisse. La décroissance est moins prononcée au début des années 1990. Les données disponibles ne permettent pas de retracer de façon certaine l'évolution globale de la consommation dans la période récente. Il est néanmoins possible de faire état, chez les jeunes, d'une augmentation du nombre d'épisodes d'ivresse et d'une tendance à l'augmentation de la proportion de consommateurs réguliers pour les alcools autres que le vin.
- La consommation moyenne de tabac est en diminution depuis la fin des années 1980, évolution toujours présente en 1997. La consommation déclarée des hommes est en régression, celle des femmes est en revanche en augmentation.
- Les ventes de médicaments antidépresseurs ont beaucoup augmenté jusqu'en 1997 (dernier chiffre connu). A l'inverse, les ventes d'anxiolytiques ont eu tendance à diminuer. La consommation détournée de certaines catégories de médicaments prend une importance croissante.

Prise en charge sanitaire des usagers de drogues illicites

- Le nombre d'usagers de drogues pris en charge par les médecins généralistes a augmenté entre 1995 et 1997. Le nombre de médecins recevant des usagers de drogues semble assez stable et cette croissance des prises en charge semble surtout liée à l'augmentation des visites chez les médecins qui recevaient déjà ce type de patients.
- Le recours des usagers de drogues aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes et dans les établissements hospitaliers a connu une augmentation importante entre 1996 et 1997.
- Les années 1996 et 1997 ont été marquées par la montée en charge des traitements de substitution au Subutex®. Cette tendance explique sans doute une partie importante de l'augmentation constatée des recours à la médecine de ville, aux hôpitaux et aux centres spécialisés. Le rythme d'augmentation des prescriptions de Subutex® est devenu plus faible à la fin 1998.
- Les Français sont quasi unanimes pour accepter le principe et l'utilité d'une prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues. Cependant, lorsque cette idée doit être mise en pratique, des difficultés peuvent surgir. L'implantation de lieux de prise en charge sanitaire ou sociale des usagers de drogues rencontre à l'heure actuelle une opposition croissante des riverains.

Conséquences de l'usage des drogues illicites

- Les décès par surdose diminuent fortement d'année en année depuis le milieu des années 1990, après une croissance quasiment ininterrompue depuis les années 1970. La part de l'héroïne dans les produits mis en cause régresse, celle des médicaments augmente.
- Les décès par Sida des usagers de drogues ont également connu une baisse spectaculaire en quelques années, cette évolution étant surtout imputable aux progrès thérapeutiques récents qui ont fait globalement reculer le nombre de décès pour tous les malades, indépendamment du mode de contamination. Pour les mêmes raisons, le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés a également fortement diminué.
- La prévalence du VIH a diminué depuis le début des années 1990, à des rythmes différents suivant les régions. Depuis le milieu des années 1990, cette évolution semble se poursuivre à un rythme plus faible, tout du moins parmi les usagers de drogues ayant recours aux centres spécialisés. Cette évolution récente demande à être confirmée.
- La proportion de personnes séropositives au VHC parmi les usagers de drogues « à problèmes » se situe toujours à un niveau élevé. La proportion d'usagers déclarant ne pas connaître leur statut a diminué depuis quelques années. Dans les enquêtes reposant sur des tests biologiques, la prévalence du VHC déclarée par les usagers est en moyenne inférieure à la prévalence réelle.

Application de la loi

- Les interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants ont fortement augmenté ces dernières années. Cette évolution est le résultat de mouvements contradictoires : forte croissance des interpellations des usagers de cannabis, diminution de celle des usagers d'héroïne. Les interpellations d'usagers de cocaïne sont en progression même si leur nombre reste limité. Dans un certain nombre de départements, les interpellations pour usage de cocaïne sont devenues plus nombreuses que celles pour usage d'héroïne, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant.

LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES

- Cadre légal et évolution de la politique publique de lutte contre les drogues
- Les dispositifs et les moyens de la lutte contre les drogues

CADRE LÉGAL ET ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES

Ce chapitre est consacré à la description du dispositif légal et institutionnel de lutte contre les drogues en France. Dans le domaine des drogues, où la légitimité de l'intervention des pouvoirs publics n'est pas vraiment contestée, les interactions entre actions des pouvoirs publics et consommation sont permanentes. L'observation du phénomène des drogues ne peut véritablement se concevoir sans une connaissance de la politique publique¹ suivie et de son histoire.

Seront abordés successivement le cas des drogues illicites et celui des drogues licites. La publication récente de diverses recherches, études et rapports, ainsi que la spécialisation originelle de l'OFDT sur les drogues illicites, ont permis de décrire l'évolution de la politique publique de lutte contre ces produits depuis l'élaboration de la loi de 1970.

En ce qui concerne les drogues licites, l'investissement récent de l'OFDT dans ce champ l'a contraint à restreindre son ambition à une présentation plus limitée des principales dispositions légales et réglementaires.

Les drogues illicites

La loi de 1970

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

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

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

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

Rappelons tout d'abord que le texte de la loi fait référence aux substances stupéfiantes inscrites dans une liste déterminée

par la Commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale. Un arrêté ministériel permet de classer une substance comme produit stupéfiant (anciennement tableau B et depuis le décret du 29 décembre 1988 catégorie des substances stupéfiantes).

En ce qui concerne le **trafic**, les peines prévues sont particulièrement lourdes², plus importantes que pour la plupart des délits ; les moyens légaux donnés aux services de police tranchent avec le droit commun, avec un délai de garde à vue de 48 heures pouvant atteindre 4 jours, et la possibilité d'effectuer des perquisitions de jour comme de nuit.

La loi de 1970 sanctionne l'**usage**, public ou privé, même sans nuisances perceptibles par l'entourage, d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende³. Selon un autre article de la loi, l'usager est également placé « sous la surveillance de l'autorité sanitaire »⁴. Ce dernier article est cependant dénué de portée pratique, même s'il témoigne du statut ambigu de l'usager dans la loi, à la fois délinquant et malade.

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

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

L'autorité sanitaire doit contrôler le déroulement du traitement et prévenir le Parquet si l'usager ne s'est pas présenté ou s'il interrompt son traitement avant son terme. Dans ces cas, le procureur recouvre son pouvoir d'appréciation quant à l'exercice des poursuites. Remarquons que le procureur peut décider de ne pas prononcer d'injonction et de poursuivre l'usager. **Le procureur a, en définitive, toute liberté pour décider seul de l'orientation à donner à l'affaire.** Par ailleurs, il faut aussi noter qu'une fois l'injonction prononcée, la justice perd son pouvoir de contrôle sur le devenir de l'usager, le procureur ne pouvant qu'attendre d'être informé.

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

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

² Les infractions d'importation, d'exportation, de production, de fabrication de stupéfiants sont sanctionnées par des peines d'emprisonnement de 10 à 20 ans (art. L-627 du Code de la santé publique jusqu'en 1994, transférée ensuite dans le nouveau code pénal).

³ Article L-628 du Code de la santé publique.

⁴ Article L-355-14 du Code de la santé publique.

¹ Par « politique publique » nous n'entendons pas ici une action coordonnée et volontaire en vue d'atteindre un objectif bien défini avec des moyens répertoriés. Nous désignons plus modestement par « politique publique » l'ensemble des actions menées par l'État sur un champ donné.

Les dispositions législatives introduites depuis la loi de 1970

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La coordination de la politique de lutte contre la drogue

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

Les structures nationales

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

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

Cette structure légère a été, dès le départ, composée d'un nombre restreint de chargés de mission mis à disposition par les administrations représentées au Comité interministériel. Elle dispose de crédits interministériels depuis 1987 qui sont pour l'essentiel répartis entre les différents ministères. Le rapport Trautmann⁵, qui dresse le bilan de dix ans de lutte contre la toxicomanie en 1989, fait état des problèmes d'identité et de légitimité de l'organisme interministériel, liés aux allées et venues entre différents ministères. Considérant qu'il est difficile à un organisme rattaché à un ministère particulier d'exercer une mission de coordination interministérielle, le rapport se prononce en faveur d'un rattachement permanent au Premier ministre.

La Délégation générale à la lutte contre la drogue (DGLD), créée en décembre 1989, avec Georgina Dufoix à sa tête, a fusionné en 1990 avec la MILT pour donner naissance à la DGLDT. Cet organisme sera rattaché au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville en 1993. Rebaptisée MILDT en 1996, la mission est depuis cette date placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle est cependant « mise à la disposition » du ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du secrétaire d'État à la Santé, ce qui fait dire à la Cour des comptes dans son rapport sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie⁶, que des « ambiguïtés subsistent ».

Les structures locales

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

Ils ont pour mission la coordination et l'animation au niveau local, vis-à-vis des services extérieurs de l'État et des collectivités locales, de l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie. La liste des participants à ce comité n'est pas limitative et inclut les services extérieurs de l'État, les collectivités locales et les associations. Aussitôt mise en place dans un grand nombre de départements cette nouvelle structure ne parviendra pas à trouver de véritable place. De nouvelles dispositions seront prises au niveau de la coordination locale dans les années 1990.

⁵ TRAUTMANN (C.), *La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, rapport au Premier ministre, La Documentation française, février 1990.*

⁶ *Cour des comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport public particulier, Cour des comptes, Paris, 1998, 248p.*

La coordination locale est redéfinie par une circulaire du Premier ministre datée du 9 juillet 1996⁷. Une évaluation des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie avait permis de constater que seuls 30 % des départements en possédaient encore en 1994 et que les acteurs locaux avaient choisi les conseils départementaux de prévention de la délinquance comme structure de concertation sur les problèmes liés à la drogue. La réforme entérine cette évolution et prévoit un nouveau cadre départemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie comportant trois niveaux : le préfet et un chef de projet chargés de l'application de la politique gouvernementale (niveau de direction), un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie réunissant les responsables départementaux des services de l'État et les représentants de l'autorité judiciaire (niveau de coordination), le conseil départemental de prévention de la délinquance (niveau de concertation), qui doit inscrire à l'ordre du jour de chaque réunion une rubrique « lutte contre la toxicomanie ». Lorsque c'est possible, le conseil départemental de prévention de la délinquance doit constituer un sous-groupe « lutte contre la drogue et la toxicomanie ».

Les programmes de lutte contre la drogue et la toxicomanie

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

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

Trois programmes d'action ont été adoptés au cours de ces années, un plan de 42 mesures en 1990, le plan de lutte triennal en 1993 et un programme de 22 mesures complémentaires pour l'année 1996, arrêté en 1995. Chacun de ces programmes d'action comprend des mesures dans le domaine de la prévention, du soin et de la répression, de l'insertion et de la recherche.

Les principales mesures adoptées sont abordées dans la section suivante et dans le chapitre sur les dispositifs. Au moment de la mise sous presse de ce rapport un nouveau plan triennal vient d'être adopté.

Mise en œuvre de la loi de 1970 et évolution de la politique publique

La mise en œuvre de la loi de 1970 va rapidement soulever des problèmes et susciter une abondante production de textes administratifs, de décrets d'application, de circulaires et de notes. Dans le domaine pénal, les questions portent sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage et sur l'injonction thérapeutique. Le deuxième aspect, qui a trait au volet sanitaire, concerne les modalités pratiques de prise en charge des usagers de drogues. Trois rapports officiels ont dressé en 1978 (rapport Pelletier), en 1989 (rapport Trautmann) et en 1995 (rapport Henrion) le bilan de la mise en œuvre de la loi et de la politique publique de lutte contre la drogue et l'usage de drogues. La description de l'évolution de la politique publique présentée ici s'appuie sur les textes administratifs disponibles et sur les trois rapports officiels.

⁷ Circulaire du 9 juillet relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental, NOR : PRMX9601580C, JO du 10 juillet 1996.

La politique pénale

Les problèmes d'application de la loi rencontrés dès le début des années 1970 sont liés à la double nature de l'usager, à la fois délinquant et malade, et à la question de la frontière entre l'usage et le trafic.

Des premières circulaires d'application à la circulaire Pelletier

La première circulaire d'application du ministère de la Justice rappelle en préambule que la nouvelle loi « a pour objet à la fois d'aggraver les pénalités en matière de trafic et d'inciter les usagers à se faire soigner⁸ ». Tout en laissant aux parquets la liberté d'appréciation au cas par cas, la circulaire indique que l'incrimination d'usage doit être utilisée pour les faits d'acquisition, de détention et de transport pour usage personnel. L'incrimination d'usage ne peut en revanche être utilisée seule dès lors que sont constatés des faits de cession ou d'offre de stupéfiants. Cette circulaire rappelle également que la détention provisoire est exclue pour les personnes inculpées pour seul usage de stupéfiants.

Ces recommandations n'ont apparemment pas été suivies par tous les parquets puisqu'une circulaire de 1973⁹ critique, en les qualifiant « d'errements », les poursuites d'usagers au titre de l'article L.627 (qui réprime le trafic) pour la détention de quantités négligeables de produits ainsi que les procédures de flagrants délits utilisées à leur encontre.

Cette circulaire pose de façon détournée la question de l'usager-revendeur. La loi distingue le trafic de l'usage, mais laisse à l'appréciation des magistrats la détermination de la frontière entre ces deux catégories. Il semble que dans les années 1970 et jusqu'au début des années 1980, l'usager-revendeur ait plutôt été traité comme usager que comme trafiquant. Une nouvelle circulaire¹⁰ recommande pourtant en 1977 de requérir plus fréquemment des peines d'emprisonnement à l'encontre des usagers-revendeurs dont on dénonce le prosélytisme¹¹. Cette tendance à recommander une plus grande fermeté à l'égard des usagers-revendeurs sera accentuée au cours des années 1980.

La fin des années 1970 est marquée par la publication du rapport de la commission Pelletier qui établit, à la demande du président de la République, un premier bilan de la politique de lutte contre la drogue sept ans après l'adoption de la loi. En ce qui concerne les usagers, le rapport regrette que la voie judiciaire reste de loin la plus empruntée, et constate l'augmentation régulière du nombre d'usagers mis en détention provisoire. Le rapport fait apparaître qu'en dépit des intentions, l'alternative thérapeutique inscrite dans la loi fonctionne mal. Quantitativement, les injonctions thérapeutiques restent minoritaires par rapport aux condamnations pour usage. La collaboration entre autorités judiciaires et sanitaires est assez difficile et, surtout, les médecins se montrent sceptiques et réticents à l'égard du principe du traitement imposé.

Le rapport Pelletier fera date en proposant de différencier les usagers de drogues selon le produit consommé. D'après la circulaire¹² inspirée du rapport, l'usager de cannabis ne peut-être considéré comme un « véritable » toxicomane et ne relève pas de la cure de sevrage et des dispositions de la loi sur l'injonction thérapeutique. Les usagers de cannabis ne doivent donc faire l'objet, dans la plupart des cas, que d'une simple mise en garde. La mesure d'injonction thérapeutique ne doit être utilisée pour ces derniers qu'en cas de multiples réitérations.

Cette circulaire a été perçue, à l'époque, comme dépénalisant de fait l'usage de cannabis. Comme toutes les circulaires, elle exprime les intentions du ministère de la Justice, mais a pu être diversement appliquée par les parquets. Elle restera cependant la référence jusqu'en 1987.

De la circulaire Pelletier à la relance de l'injonction thérapeutique

Sur le plan pénal, la décennie des années 1980 apparaît comme une période marquée par la problématique de la sécurité et au cours de laquelle s'affirme la volonté de renforcer la répression à l'égard du trafic, des usagers-revendeurs et des

⁸ Circulaire n° 71-8 du 25 août 1971.

⁹ Circulaire n° 73-11 du 30 mars 1973.

¹⁰ Circulaire 69F389 du 7 mars 1977.

¹¹ Ibid.

¹² Circulaire 69F389 du 7 mai 1978.

actes de délinquance commis par les usagers. Les projets préconisant une attitude plus contraignante à l'égard des usagers n'ayant pu aboutir, cette période débouche finalement sur la relance de l'injonction thérapeutique. Les pouvoirs publics sont alors amenés à améliorer la mise en œuvre de cette mesure.

La circulaire de 1984¹³ revient sur la question de l'usage-revente. Si elle déplore que des peines de prison ferme, même rares, puissent encore être prononcées pour un simple usage, cette circulaire s'inquiète de la progression de la délinquance liée à la toxicomanie. Elle invite les procureurs à rechercher si la qualité de trafiquant ne prime pas sur la qualité d'usager chez les usagers-revendeurs. Selon le rapport Trautmann, cette circulaire a modifié profondément l'approche pénale du problème, « en tendant à ne plus excuser un délit par l'usage de drogue, intégrant l'incarcération dans l'itinéraire ordinaire du toxicomane, toujours revendeur à un moment ou un autre¹⁴ ».

À propos de l'injonction thérapeutique, cette même circulaire remarque que cette mesure a « montré ses limites » liées au caractère contraint de la cure et à l'association du médecin et du magistrat « dans des conditions difficiles à comprendre pour l'usager¹⁵ ». Cette circulaire exprime à mots voilés, le discrédit dont souffre à cette époque l'injonction thérapeutique.

La nouvelle majorité élue, en 1986, entend modifier la loi de 1970 dans un sens plus répressif et plus contraignant pour les grands trafiquants, les dealers et les usagers. Concernant les usagers, elle fonde ses projets sur l'échec, selon elle, de l'injonction thérapeutique. Le projet présenté lors d'une conférence de presse par le ministre de la Justice Albin Chalandon prévoyait d'aggraver les peines de prison pour les usagers, peines auxquelles ils ne pourraient échapper que s'ils étaient effectivement soignés. Parmi les différentes dispositions envisagées, on notera la création de structures d'accueil et de soins en milieu pénitentiaire permettant de désintoxiquer les usagers en milieu fermé, dans le cadre de « l'astreinte » aux soins. Était également annoncée la volonté d'augmenter la prise en charge par les communautés thérapeutiques, en autorisant l'association Le Patriarche à accueillir un nombre plus important d'usagers. Le projet du ministre de la Justice va susciter une forte opposition et de nombreuses personnalités, jusque dans le gouvernement, exprimeront des réserves. Les dispositions concernant l'usage seront finalement retirées du projet présenté par le gouvernement aux députés, laissant l'article L-628 inchangé. Comme en 1978, c'est finalement par l'intermédiaire d'une simple circulaire que le gouvernement tentera de faire passer sa nouvelle philosophie concernant l'usage, en abandonnant toutefois les mesures les plus controversées.

La circulaire Justice-Santé du 12 mai 1987¹⁶ abroge les circulaires précédentes et introduit une nouvelle distinction au niveau de l'usage, en se basant non plus sur le produit, mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de produits stupéfiants. Toutes les interpellations pour usage doivent faire l'objet d'un procès-verbal transmis au parquet et si possible traité par un magistrat spécialisé. Les usagers « occasionnels », s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement. Pour les usagers « d'habitude », la circulaire recommande le recours à l'injonction thérapeutique ou aux poursuites. Les usagers étrangers, en séjour irrégulier en France, doivent être jugés en comparution immédiate et faire l'objet d'une interdiction de territoire. Enfin, les usagers trafiquants ou usagers délinquants doivent être prioritairement poursuivis du chef d'accusation de trafic ou de l'atteinte aux personnes ou aux biens. Cette circulaire marque également la volonté de relancer l'injonction thérapeutique et en précise les conditions d'application. Dans ce but, des crédits supplémentaires seront mis à la disposition des DDASS en 1988.

Les années 1990

La politique pénale menée dans le domaine de la lutte contre la drogue dans les années 1990 se situe largement dans la continuité de celle engagée dans le courant des années 1980, tant dans le domaine de l'usage que dans celui du trafic.

En ce qui concerne la répression de l'usage, deux circulaires, en 1993 et 1995, confirmeront les grandes lignes de la circulaire

de 1987 basée sur la distinction entre usager occasionnel, d'habitude, et usager-revendeur. La volonté de poursuivre l'effort de relance de l'injonction thérapeutique est réaffirmée dans ces deux circulaires et constitue l'un des objectifs du plan de 1993. La circulaire de 1995 impose des contraintes de temps au niveau de la transmission des procès-verbaux aux parquets et au niveau de la notification de l'injonction thérapeutique à l'usager. Elle fournit également une définition précise des candidats à l'injonction thérapeutique : tous les consommateurs d'héroïne et de cocaïne et les gros consommateurs de cannabis dépendants ou associant le cannabis à d'autres produits. De façon générale, l'évolution des consignes va, depuis 1987, dans le sens d'une recherche des conditions permettant d'appliquer réellement les mesures d'injonction. Les autorités judiciaires, sanitaires et sociales sont invitées à améliorer leur coopération et à voter des conventions départementales d'objectifs en matière de toxicomanie et des contrats d'objectifs en matière d'injonction thérapeutique.

La politique sanitaire

L'émergence du dispositif spécialisé

Une fois posé le principe de l'accès gratuit et de façon anonyme aux « soins » pour les usagers de drogues, il fallait organiser concrètement les modalités de cette prise en charge : qui devait traiter les usagers de drogues et quels types de soins fallait-il leur donner ? Les ministères de la Justice et de la Santé établissent conjointement, dès 1971, une liste des établissements agréés pour organiser des cures de désintoxication. Mais dans l'ensemble, le secteur sanitaire traditionnel se montre réticent à accueillir, même en dehors de l'injonction thérapeutique, des usagers de drogues perçus comme des perturbateurs difficiles à contrôler et qui ne sont décidément pas des malades comme les autres. Les quelques individualités prêtes à s'investir sur la question de la toxicomanie – souvent des psychologues et des psychiatres critiques à l'égard des institutions – sont favorables à la création de structures spécialisées pour les usagers de drogues. Avec l'ouverture du centre Marmottan en 1971 par l'équipe du Dr Olievenstein, le dispositif s'oriente donc vers la spécialisation. Celle-ci ne fera que se renforcer au fil des années, les établissements sanitaires traditionnels, préférant se décharger des usagers de drogues sur les structures nouvellement créées.

Au début des années 1970, le traitement de la toxicomanie est un domaine encore peu connu et donc propice à l'expérimentation. Si le sevrage et l'abstinence restent l'objectif à court terme de la loi et des tout nouveaux professionnels spécialisés en toxicomanie, encore faut-il rentrer en contact avec la population des usagers de drogues. De même, à l'issue du sevrage, il a paru nécessaire d'aménager la transition avec une existence sans drogues (postcure, familles d'accueil).

Adoptant une politique de soutien à l'expérimentation, le ministère de la Santé est amené à subventionner de nombreux projets de centre d'accueil et de « postcure » ou à visée préventive, présentés par le secteur associatif, naturellement plus souple et plus porté à l'innovation que les structures publiques. L'importance du secteur associatif restera un des traits marquants du dispositif sanitaire et social français de lutte contre la toxicomanie.

Au cours des années 1970, le dispositif émergeant va passer de la phase pionnière, marquée par l'utopie communautaire, centrée sur l'accueil et la création d'une relation de confiance avec les usagers de drogues, à une prise en charge plus professionnalisée de plus en plus structurée autour du traitement de type psychothérapeutique.

Le rapport Pelletier officialise cette orientation, qui s'accompagne logiquement de la non prise en compte des autres options envisageables de traitement de la toxicomanie : les communautés thérapeutiques et la substitution à la méthadone. Ces deux modalités de traitement, expérimentées lors de la phase pionnière, se heurteront à l'opposition de la majorité de la profession. Dans le contexte des années 1970, marquées par la méfiance à l'égard des institutions psychiatriques et de l'approche neurobiologique de la maladie mentale, la distribution de méthadone dans deux services hospitaliers dès le début des années 1970, rencontre indifférence et hostilité et ne trouvera que peu de soutien¹⁷. Les

¹⁷ Deux programmes expérimentaux de distribution de méthadone resteront cependant en place jusque dans les années 1990.

¹³ Circulaire CRIM.84-15-E.2/ du 19 septembre 1984.

¹⁴ TRAUTMANN (C.), op.cit. p. 19.

¹⁵ Circulaire Crim.84-15-E.2/ du 19 septembre 1984.

¹⁶ Circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987.

communautés thérapeutiques rassemblent plus de partisans, certains parmi les spécialistes de la toxicomanie et, de façon plus significative, au niveau des pouvoirs publics et des autorités judiciaires. Néanmoins, la grande majorité des professionnels du traitement de la toxicomanie rejette les conceptions comportementalistes et souvent autoritaires du traitement de la toxicomanie qui semblaient inspirer ces institutions, notamment celles qui avaient pu être visitées dans les pays d'Amérique du Nord. Monique Pelletier prendra position contre cette approche du traitement et Simone Veil, alors ministre de la Santé, décidera de limiter la taille des communautés thérapeutiques. En France, le débat s'est focalisé sur une institution très controversée, le Patriarche, ce qui a probablement contribué à bloquer par la suite la réflexion sur l'intérêt éventuel des communautés thérapeutiques.

Les années 1980 : rationalisation du dispositif spécialisé

Au début des années 1980, l'action publique dans le domaine sanitaire et social sera marquée par la volonté de rationalisation et se traduira par une centralisation du pilotage du dispositif sanitaire et social.

La lutte contre la toxicomanie demeurant une compétence d'État, la loi de décentralisation de 1982 s'est traduite par un dessaisissement des conseils généraux. Désormais, la totalité de la gestion et du financement sera assurée par les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le dispositif, dont l'Administration peut pour la première fois tracer le contour, entre dans une phase de normalisation et de consolidation.

Les centres de soins spécialisés, où psychologues et psychiatres occupent une place de plus en plus importante, offrent désormais, dans un nombre important de départements, des cures de sevrage avec accompagnement psychothérapeutique. Le rapport Trautmann déjà mentionné, après avoir rendu hommage au travail accompli, fait état de certaines insuffisances : répartition géographique inégale, manque de réponse rapide à l'urgence psychosociale et faiblesse de la démarche d'insertion et de réinsertion.

Le rapport critique de façon explicite les relations tissées entre l'Administration et le dispositif qui, en raison du financement étatique, amène l'Administration à fonctionner « plus sur le mode de l'excès de pouvoir que sur celui de la définition d'objectifs avec un partenaire contrôlé¹⁸ ».

Aboutissement de la normalisation administrative engagée depuis une décennie, et peut-être aussi réponse aux critiques précédentes, les structures spécialisées se voient donner une nouvelle définition en 1992¹⁹. Désormais, centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes, elles doivent signer des conventions d'objectifs d'une durée de 5 ans soumis à l'accord du préfet. Les centres doivent assurer à la fois une prise en charge médicopsychologique, sociale et éducative des usagers de drogues. Cette modification traduit également une volonté de clarifier les missions des centres spécialisés qui doivent se recentrer sur le soin.

Sida et usage de drogues : le dispositif spécialisé en question

La fin des années 1980 est marquée par le décalage croissant entre le système de soins spécialisés, marqué par une approche en termes de traitements psychothérapeutiques, et une part importante de la population des usagers de drogues confrontés au Sida, à une désinsertion de plus en plus massive et un état de santé très détérioré.

La question du Sida conduira Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, à suspendre en mai 1987, pour un an, le décret de 1972 rendant obligatoire la présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues. Cette obligation, fortement dissuasive pour les usagers de drogues, conduisait au partage des seringues et à la propagation du Sida. La mise en vente libre des seringues avait déjà été proposée, dès 1985, par le Dr Olievenstein et par d'autres personnalités, mais cette proposition, au demeurant contestée par de nombreux intervenants en toxicomanie, avait été écartée comme sujet trop sensible à la veille des élections. La suspension du décret sera reconduite à la suite des évaluations positives de l'IREP²⁰. Les

seringues sont définitivement mises en vente libre aux majeurs par le décret du 11 août 1989. Ce premier pas vers la réduction des risques restera isolé jusqu'au début des années 1990.

Le rapport Trautmann établit à la fin de la décennie un bilan plutôt positif de la politique française de lutte contre la drogue et la toxicomanie « qui s'est illustrée par une démarche associant étroitement les réponses faites à l'offre et à la demande par la répression, la prévention et les soins²¹ ». La question du Sida, si elle n'est pas absente, est loin d'être traitée de façon prioritaire. Le décalage entre la place accordée à cette question dans le rapport et l'importance du problème de santé publique posé à l'époque par le Sida apparaît particulièrement frappant. Dans une annexe, consacrée à la toxicomanie et au Sida, le rapport recommande le développement des programmes d'échange de seringues et s'interroge sur l'efficacité de la substitution en matière de réduction des risques sans fournir de réponse claire. On sent néanmoins que les débats, qualifiés de passionnés dans le rapport, ont commencé à semer le doute.

Années 1990 : le tournant

Au cours des années 1990, les orientations en matière de lutte contre la toxicomanie connaîtront des changements importants qui se traduiront, notamment, par l'adoption officielle de la politique de réduction des risques. Le virage est pour l'essentiel pris en 1993, même s'il est abordé, au départ, avec une très grande prudence. La plupart des orientations prises en 1993 seront confirmées et développées par la suite. Un premier aspect du plan de 1993 concernait l'amélioration de la prise en charge dans le dispositif spécialisé et dans le secteur sanitaire général et notamment par l'augmentation du nombre de places d'hébergement, et par l'amélioration de la prise en charge à l'hôpital et la constitution de réseaux ville-hôpital-toxicomanie. Le deuxième aspect avait trait au développement du dispositif de réduction des risques et le troisième à la substitution.

Le lancement du plan de 1993 était accompagné de l'annonce de la mise en place d'une nouvelle commission de réflexion sur les problèmes de drogues et de toxicomanie. Présidée par le Pr Roger Henrion, la commission remet son rapport en février 1995. Hormis en ce qui concerne la modification de la loi, le rapport Henrion confirme dans l'ensemble les orientations prises en 1993 dans le domaine sanitaire, tout en demandant aux pouvoirs publics un développement plus rapide de la substitution et de la politique de réduction des risques. Le constat le plus important de ce rapport est l'aggravation de la situation de l'état sanitaire des toxicomanes. Face à cette situation, mais aussi pour aider les usagers à sortir de leur dépendance, les membres de la commission proposent de réintégrer cette population exclue et marginalisée dans la société, notamment en ouvrant le système sanitaire de droit commun à la prise en charge des usagers de drogues.

Les orientations prises en 1993, confirmées et développées par la suite, ont largement contribué à façonner le visage actuel du dispositif sanitaire et social tel qu'il est présenté dans le chapitre suivant.

La politique en matière de prévention

La loi de 1970 n'aborde pas la question de la prévention qui n'est peut-être pas une préoccupation majeure à l'époque. Une circulaire du ministère de l'Éducation nationale datant de 1973 propose néanmoins la création de « clubs santés », permettant, entre autres, d'informer les élèves sur les dangers de la drogue. Cette incitation sera transformée en directive en 1977²². Il faut mentionner également l'existence des clubs et des équipes de prévention qui joueront un rôle important dans le domaine de la prévention tout au long des années 1970. Certaines de ces structures, qui ne sont pas spécialisées en toxicomanie, ont su intégrer efficacement la question des drogues dans leur travail basé sur le contact avec les jeunes

¹⁸ TRAUTMANN (C.), op.cit., p. 107.

²¹ TRAUTMANN(C.), op.cit., p. 23.

²² Cité par Robert BALLION dans : Les comités d'environnement social, Rapport d'étude OFDT, mai 1998.

¹⁹ Décret N°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, J.O. du 2 juillet 1992

²⁰ INGOLD (F.-R.), INGOLD (S.), Les effets de la libéralisation de la vente des seringues sur le comportement des usagers de drogues

dans la rue et sur leurs lieux de rencontre. Le rapport Pelletier se penche sur la question de la prévention dans une optique très actuelle et fait un certain nombre de propositions qui, dans certains cas et sous un autre habillage, seront suivies d'effet au cours des années 1990.

Avec la création de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie en 1982, la prévention est néanmoins officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre la toxicomanie. Mais, suite aux lois de décentralisation et au partage des compétences laissant à l'État celles relatives à la toxicomanie, les collectivités locales tendent à se décharger de leur responsabilité en matière de prévention. De nombreux clubs et de nombreuses équipes de prévention n'ont plus été financés pour leurs actions de prévention de la toxicomanie, ce qui, dans certains cas, a mis en cause l'existence même de ces structures.

La prévention de la toxicomanie a donc reposé, au cours des années 1980, sur le dispositif spécialisé en toxicomanie et sur le dispositif de prévention de la délinquance mis en place à la suite du rapport G. Bonnemaison (conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance). Au niveau de l'Éducation nationale, le souci de prévention de la toxicomanie s'est traduit par la création d'un réseau « d'adultes relais » (1983), puis « d'équipes de personnes ressources » (1985) au sein de la communauté scolaire. On notera, enfin, le lancement en 1986 de la première campagne nationale de prévention des toxicomanies sur le thème « la drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle ».

À la fin des années 1980, le rapport Trautmann établit sur la question de la prévention le diagnostic suivant : « dans l'ensemble, les professionnels spécialisés en toxicomanie ont éprouvé, et éprouvent encore, beaucoup de difficultés à s'articuler avec leurs partenaires, dans la dynamique des politiques locales de prévention²³ ». Les personnels des centres spécialisés, absorbés par la prise en charge des patients qui s'adressaient à eux, n'ont peut-être pas toujours relayé efficacement l'action de « rue » menée auparavant par les clubs et les équipes de prévention.

Au début des années 1990, la politique de prévention sera marquée par la création d'un certain nombre de dispositifs nationaux décrits dans le chapitre sur les dispositifs de lutte contre la drogue et l'usage des drogues. Par ailleurs, le décret de 1992, recentrant l'action des centres spécialisés sur le soin, tend à redonner aux collectivités locales une position importante dans la mission de prévention²⁴. Sur le plan des principes, la politique de prévention, initialement orientée sur les produits, a progressivement évolué vers une approche en termes de comportements de consommation de substances psychoactives. Dès le début des années 1980, l'Éducation nationale a adopté une politique de prévention de l'ensemble des conduites à risque et des comportements traduisant un mal-être²⁵. Le rapport Parquet a plus récemment systématisé et prolongé cette approche de la prévention basée sur la distinction entre différents comportements de consommation, usage, usage nocif et dépendance²⁶.

Les nouvelles orientations de la MILDT (1998)

Le gouvernement a nommé une nouvelle présidente à la tête de la MILDT en juin 1998. La lettre accompagnant cette nomination précise, de façon non limitative, les missions qui lui sont confiées. Les deux premières sont d'ordre général : améliorer l'efficacité du dispositif de lutte contre la drogue et la coordination entre les actions menées par les différents ministères. Trois points spécifiques sont ensuite mentionnés :

- l'élargissement du champ d'action de la MILDT à la lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes ;
- l'amélioration du dispositif de coordination local de lutte contre la toxicomanie ;

²³ TRAUTMANN, (C.), *op.cit.* p.23.

²⁴ Voir la contribution de M. JOUBERT dans la partie « Tendances ».

²⁵ Circulaire du 27 juillet 1983.

²⁶ Pour plus de précisions sur cette question, nous renvoyons à la présentation du rapport Parquet en annexe.

- l'évaluation des actions conduites ou soutenues par la MILDT dans les trois dernières années et la mise en place de procédures permettant d'évaluer régulièrement les actions qui seront engagées.

La présidente de la MILDT, Madame Nicole Maestracci, a fourni le 15 octobre 1998 une première note d'étape qui présente les orientations de la MILDT pour les trois prochaines années, note entérinée par le gouvernement.

Les propositions

La liste des propositions formulées dans la note d'étape est assez longue et nous ne pouvons les reprendre toutes. Nous rendons cependant compte de la plupart d'entre elles. Les propositions sont organisées autour de quelques grands thèmes :

Connaître, savoir, comprendre

Pour augmenter l'efficacité de la politique publique, il est indispensable de pouvoir mesurer et comprendre les problèmes liés à la drogue.

La recherche, trop faible et trop dispersée, doit faire l'objet d'une programmation pluriannuelle, et un effort de structuration du milieu de la recherche est nécessaire. Les résultats des études et des recherches doivent être plus systématiquement valorisés, diffusés et vulgarisés.

Des enquêtes en population générale doivent être menées régulièrement avec des méthodologies identiques, de façon à pouvoir mesurer les évolutions et effectuer des comparaisons avec les données européennes.

Dans un domaine où les consommations évoluent rapidement, il est également nécessaire de disposer d'un réseau sentinelle afin d'observer, en temps réel, l'évolution des modes et des contextes de consommation pour adapter régulièrement les politiques publiques. Ce réseau permettra de surveiller les produits qui circulent et d'alerter sur leur dangerosité, dispositif correspondant aux exigences de l'action commune européenne sur les drogues de synthèse.

Communiquer et informer

La communication publique, insuffisante, laisse la place à de nombreux messages, d'origines diverses, qui sont dispersés, parfois inexactes et souvent contradictoires. Il apparaît indispensable à la MILDT de fonder l'action publique sur une culture commune reposant sur une information complète et validée scientifiquement, accompagnée de messages cohérents. En augmentant le niveau de connaissance des Français sur la question des drogues, le but recherché est également d'accroître la capacité de l'ensemble de la population à apporter des réponses adaptées aux différents comportements d'usage et d'abus, sans avoir systématiquement recours à des spécialistes. La communication et l'information sur les différents produits illicites et licites doivent être harmonisées. L'information doit s'inscrire dans la durée, ce qui suppose de veiller à la mise à jour et à la diffusion régulière des contenus des différents supports disponibles et à augmenter leur accessibilité (Drogues infos service, site internet).

Systématiser la prévention et élargir son champ

La politique de prévention a souffert dans le passé d'un manque de coordination, et reposait souvent sur des actions parcellaires, parfois contradictoires, même si de nombreuses actions de qualité ont été menées.

Afin d'améliorer la cohérence des actions de prévention, la MILDT propose de définir une démarche de prévention qui concerne tous les comportements face aux substances psychoactives, quel que soit leur statut juridique et d'élaborer « un guide des bonnes pratiques » constituant une référence pour les administrations et les acteurs de terrain ». Les intervenants doivent être professionnalisés et les financements pérennisés. L'impact des actions sur les représentations et les pratiques de jeunes et de leurs parents doit être systématiquement évalué.

Le rapport propose de généraliser les « Comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté » en leur donnant les moyens

d'action nécessaires. Il prévoit également de conduire des actions visant à la réduction des risques et de s'appuyer sur les associations d'autosupport pour élaborer des messages efficaces.

Harmoniser les connaissances des principaux acteurs

Les contenus des formations initiales et continues dans le domaine des drogues doivent être harmonisés. Il est également nécessaire d'élaborer des actions de formation destinées aux professionnels de l'éducation et du soin pour les aider à repérer précocement les conduites à risque et à leur trouver une réponse.

La formation initiale et continue des médecins, dans les domaines de l'alcool, des drogues illicites et du tabac doit être améliorée. Des filières et des diplômes permettant une reconnaissance universitaire, et donc hospitalière, de la prise en charge des conduites addictives doivent être créés.

Accueillir, orienter, soigner, insérer les usagers de drogues

Le rapport d'étape de la MILDT constate que dans ces domaines beaucoup de choses ont été faites avec des résultats positifs. Les enjeux actuels portent essentiellement sur la capacité du dispositif sanitaire et social à s'adapter plus rapidement aux évolutions. Les centres spécialisés de soins sont invités à s'ouvrir aux nouvelles catégories d'usagers de drogues et à diversifier leurs méthodes. Les besoins doivent être mieux identifiés au niveau départemental et régional, et les moyens mieux répartis.

Plusieurs propositions visent à rapprocher les structures s'adressant aux consommateurs de drogues illicites de celles, en nombre trop limité, intervenant dans le domaine de l'alcool (pour les centres spécialisés, les réseaux ville-hôpital et pour les équipes de liaison dans les hôpitaux). Les politiques visant à la réduction des risques, à l'amélioration de l'insertion des usagers et à la prise en charge des usagers incarcérés doivent être poursuivies et approfondies. En matière de substitution, il est préconisé l'élargissement de l'accès à la méthadone, un meilleur encadrement des prescriptions du Subutex® et un accompagnement social plus systématique des patients sous traitement. Le rapport met enfin en évidence le manque de réponses existantes à l'égard des adolescents polyconsommateurs et se fixe comme tâche urgente le développement d'un savoir-faire à leur égard.

Appliquer la loi

Dans le domaine pénal, le rapport recommande de réaffirmer la priorité donnée à la lutte contre le trafic, et en particulier le trafic local, en étudiant, notamment, les possibilités d'application de la loi du 13 mai 1996, mentionnée plus haut, sur le « proxénétisme de la drogue ». L'incarcération des usagers simples doit être évitée, et une orientation sanitaire et sociale doit pouvoir être proposée à tous les stades de la procédure. La politique pénale doit également faire en sorte que les jeunes détenus, condamnés pour usage ou pour trafic, ne sortent pas de prison sans aucun suivi. Un recours plus systématique aux aménagements de peines (libération conditionnelle, sursis avec mise à l'épreuve, semi-liberté, placement) insuffisamment utilisés aujourd'hui, permettrait d'éviter ce type de situation.

Enfin, le développement de la circulation et de l'usage des produits de synthèse conduit à se poser la question de l'efficacité du dispositif de contrôle des produits précurseurs.

En matière d'alcool, constatant que les textes limitant l'accès des mineurs aux boissons alcoolisées ne sont pratiquement pas appliqués, le rapport propose que soit menée une action déterminée de prévention, d'information et de répression sur cette question.

Par ailleurs, l'impact de l'usage de l'alcool sur les délits et les violences demande à être évalué.

Expérimenter, évaluer

L'amélioration de l'efficacité de la politique publique vis-à-vis de la drogue passe par le développement de l'expérimentation et de procédures d'évaluation systématique de la politique et des programmes.

Le rapport de Madame Mastracci propose de donner un statut à l'expérimentation en définissant des critères de décision,

des financements, ainsi que des procédures d'évaluation permettant d'apprécier l'opportunité et les conditions d'une généralisation.

De façon générale, tout nouveau programme devrait être accompagné d'une action d'évaluation.

La mise en place d'un dispositif d'évaluation permanente permettant d'apprécier l'impact réel de l'ensemble de la politique de lutte contre la drogue est également préconisée.

La coordination au plan local et national

Au niveau national, le rapport demande l'élargissement des compétences de la MILDT aux substances licites et l'ouverture du Comité interministériel de lutte contre la drogue au ministère de la Culture, de l'Agriculture, de l'Industrie ainsi qu'à la Délégation interministérielle à la sécurité routière.

Les missions de la MILDT devraient être redéfinies, à la fois comme lieu de référence sur toutes les questions concernant les drogues et comme lieu d'élaboration du travail interministériel. Les principes auxquels les ministères doivent se soumettre doivent être précisés. Les moyens humains et financiers consacrés à la lutte contre la drogue par ces différents ministères doivent être rendus visibles. Les fonctions et les conditions d'attribution des crédits interministériels doivent être redéfinis.

Dans le domaine de la coordination locale, le bilan de l'action des chefs de projets désignés en 1996 est assez négatif : absence de définitions claires de leurs missions et de leurs compétences, superposition avec d'autres structures de concertation, notamment dans le cadre de la politique de la ville, enveloppe financière insuffisante pour permettre la mise en œuvre d'une véritable politique au plan local. Il est donc proposé de redéfinir les compétences et les missions des chefs de projets et du comité restreint, puis de regrouper et déconcentrer l'essentiel des crédits consacrés à la toxicomanie.

Le rapport propose également de créer dans les départements les plus importants ou dans les régions, des « centres de ressources » regroupant des documents et des compétences auprès desquels les élus, les enseignants, les services de l'état, les acteurs locaux pourraient trouver la documentation, les savoir-faire, l'aide et l'accompagnement nécessaires pour mener à bien leurs projets.

Alcool, tabac

Alcool

Selon l'article L.355-1 de la loi du 25 juillet 1985, l'État organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme. Les dépenses correspondantes au financement des centres de cure ambulatoire en alcoologie sont à la charge de l'assurance maladie depuis le 1^{er} janvier 1999.

Au XIX^e siècle, le législateur a tout d'abord adopté des dispositions permettant de réprimer l'ivresse publique. Mais il faut attendre le début des années 1950, pour voir les pouvoirs publics chercher à mener une politique plus active de lutte contre l'alcoolisme, ce qui se traduira par l'élaboration du Code des débits de boissons, la création du Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme et le vote d'une loi sur les alcooliques dangereux. Le dispositif spécifique de traitement et de prévention des alcooliques « non dangereux » se développe à partir de 1970. C'est à la même époque qu'est adoptée la première mesure législative concernant l'alcool au volant.

La loi Évin relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, votée en 1991, traite, notamment, de la question de la

publicité pour l'alcool et le tabac et de la distribution de boissons alcoolisées dans les manifestations sportives. Une disposition (art.13) prévoit la remise de rapports d'évaluation de la loi à soumettre au Parlement.

Les mesures relatives à la lutte contre l'alcoolisme sont très nombreuses. On se limitera ici à donner un aperçu des principales dispositions.

La répression de l'ivresse publique

Une personne trouvée en état d'ivresse manifeste dans un lieu public peut être sanctionnée par une amende prévue pour les contraventions de la deuxième classe. Une première récidive dans l'année est à nouveau sanctionnée par une amende. À la troisième récidive dans l'année, il est prévu une peine d'emprisonnement de six mois et une amende de 25 000 francs. Après une condamnation pour délit d'ivresse toute personne en état de récidive au cours d'une période de cinq ans peut être sanctionnée d'un an d'emprisonnement et de 50 000 francs d'amende²⁷. Un débit de boisson doit, en principe, refuser l'entrée à une personne manifestement ivre. Ces dispositions paraissent être peu appliquées.

La loi de 1954 sur les alcooliques dangereux

La loi du 15 avril 1954 prévoit le signalement des alcooliques dangereux aux autorités sanitaires. Ces derniers, dont le maintien en liberté ne paraît pas possible, sont convoqués devant une commission médicale départementale. Celle-ci peut adresser une requête au procureur pour faire citer la personne au tribunal civil, lequel peut ordonner le placement dans un établissement spécialisé dans la prise en charge de l'alcoolisme. Deux types d'établissement peuvent recevoir ces personnes : les sections de rééducation pour alcooliques dans les hôpitaux psychiatriques ou les hôpitaux généraux, et les centres de rééducation spécialisés fonctionnant de façon autonome. Un seul centre de ce type a été créé.

Cette loi ne prévoit aucun dispositif pour le traitement ou la prévention de l'alcoolisme « ordinaire ». Elle a été peu appliquée et apparaît obsolète.

Le dispositif spécifique de traitement et de prévention de l'alcoolisme

— Circulaire du 23 novembre 1970 : création des consultations d'hygiène alimentaire. Ces structures étaient destinées aux « buveurs excessifs », avec une prise en charge gratuite et anonyme. L'objectif était alors d'intervenir avant que n'apparaisse la dépendance. Il s'agissait également d'éviter de rebuter les alcooliques non dangereux en les stigmatisant et en les assimilant à des patients psychiatriques. Ces structures ont été financées sur une ligne budgétaire de prévention dont le montant pouvait être remis en cause d'une année sur l'autre.

— Circulaire du 31 juillet 1975 : centres d'hygiène alimentaire. Cette circulaire généralise les consultations d'hygiène alimentaire en leur assignant des missions d'accueil, de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'aide aux buveurs excessifs et aux malades au premier degré d'alcoolisation.

— Circulaire du 15 mars 1983 créant les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Les CHAA sont conçus dans une optique de traitement ambulatoire et leurs missions sont élargies à la prévention, à l'information et à la recherche qui s'étaient spontanément développés, et ne se limitent plus aux seuls buveurs excessifs. La circulaire entérine là aussi une situation de fait, les centres prenant en charge de plus en plus de cas lourds d'alcoolodépendances.

— Un amendement à la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, crée les centres de cure ambulatoire

en alcoologie (CCAA) en remplacement des CHAA.

Cet amendement donne un statut juridique stable aux ex-CHAA, définit précisément leurs missions et les assure d'un financement pérenne dans le cadre sanitaire et social défini par la loi du 30 juin 1975. Les CCAA ont désormais le statut d'institutions sociales et médico-sociales.

Dans la loi de financement de la Sécurité sociale adoptée le 3 décembre 1998, il est précisé à l'article L.355-1 du Code de la santé publique que l'ensemble des dépenses médico-sociales de ces structures est à la charge de l'assurance maladie.

Alcoolisme et conduite

— La loi du 9 septembre 1970 fixe un taux d'alcoolémie à double seuil : délit s'il est supérieur à 1,2 gramme par litre de sang, contravention s'il est compris entre 0,8 et 1,2 gramme par litre. Le dépistage de l'imprégnation alcoolique chez tous les usagers de la route impliqués dans un accident corporel ou dans une infraction est également prévu.

— La loi du 12 juillet 1978 instaure les contrôles d'alcoolémie même en l'absence d'infractions ou d'accidents.

— La loi du 8 février 1983 fixe un taux unique d'alcoolémie à 0,8 gramme par litre de sang (ou, dans l'air expiré, un taux égal à 0,4 mg par litre). Tout conducteur ayant atteint ce taux peut être sanctionné par une amende et/ou une peine de prison (portée à 2 ans en 1987).

— La loi du 17 janvier 1986 permet aux officiers et agents de police judiciaire de retenir le permis de conduire d'un conducteur lorsque les épreuves de dépistage et son comportement permettent de présumer qu'il conduisait sous l'empire de l'état alcoolique (taux au moins égal à 0,8 gramme par litre de sang). Le permis peut être suspendu par le préfet pendant une durée de six mois.

— Le décret du 11 juillet 1994 porte le taux d'alcoolémie toléré à 0,7 gramme par litre de sang.

— Le décret du 29 août 1995 porte ce taux à 0,5 gramme par litre de sang. Lorsque le taux est situé entre 0,5 et 0,8 gramme par litre, il est prévu une amende de 900 francs et le retrait de 3 points de permis. Au-delà de 0,8 gramme par litre, il s'agit d'un délit passible d'un retrait de 6 points, d'une amende, d'une peine de prison et du retrait du permis de conduire.

Publicité

Dans ses dispositions concernant l'alcool, la loi du 10 janvier 1991, dite loi Évin, fixe les conditions sous lesquelles la propagande ou la publicité pour les boissons alcoolisées sont autorisées, renversant la règle précédente qui permettait la publicité sauf exceptions et circonstances précisées.

Seuls un certain nombre de supports sont admis, que nous ne détaillerons pas ici. Il en ressort que toute publicité pour des boissons alcoolisées est interdite à la télévision, au cinéma ou dans les publications destinées à la jeunesse. Le parrainage ayant pour objet la publicité directe ou indirecte pour des boissons alcoolisées est interdit.

Le texte de la loi adopté en 1991 n'autorisait la publicité par voie d'affichage que dans les zones de production et dans des conditions définies par décret. Cette disposition a été modifiée par une loi adoptée le 9 août 1994, qui supprime la notion de zones de production. La publicité par voie d'affichage n'est donc pas limitée, même dans les stades. Ces affiches ne peuvent cependant pas être filmées, en principe, lors des retransmissions télévisées.

Le message publicitaire de type informatif doit se limiter à quelques indications sur le degré d'alcool, l'origine, la

²⁷ Cf. Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, Ivresse publique, Titre IV.

dénomination, etc.. La plupart des publicités doivent être assorties d'un message à caractère sanitaire avertissant que l'abus d'alcool peut être dangereux pour la santé.

Distribution

Les débits de boissons sont répartis en 4 catégories, de la licence I à la licence IV qui seule permet de vendre toutes les boissons. Les établissements sont soumis à des conditions d'ouverture et d'implantation visant à en encadrer l'implantation.

La délivrance de boissons alcoolisées par distributeurs automatiques est interdite (art. L.13 du Code des débits de boissons).

La vente, la distribution, et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques ou sportives sont également prohibées. La loi a cependant prévu que des dérogations provisoires pourraient être accordées par le préfet dans des conditions fixées par décret. Un premier décret a autorisé une dérogation par an et par club, nombre porté à dix en 1996. Ce deuxième décret a été annulé par le Conseil d'État. Un amendement à la loi de finance rectificative du 22 décembre 1998 a rétabli à 10 le nombre maximum de dérogations.

La loi interdit la vente de boissons alcoolisées dans les points de vente de carburant entre 22 et 6 heures et les ventes aux mineurs de moins de 16 ans.

Il existe également des zones protégées à l'intérieur desquelles l'implantation de tout débit vendant de l'alcool est interdit. Une zone protégée est un périmètre de protection fixé par arrêté préfectoral autour de certains édifices : lieux de culte, cimetières, établissements scolaires et de loisirs destinés à la jeunesse, prisons, casernes militaires et bâtiments affectés aux entreprises publiques de transport.

Tabac

La loi du 9 juillet 1976 (loi Veil), relative à la lutte contre le tabagisme, réglementait la publicité et la propagande en faveur du tabac et des produits du tabac. Elle fut suivie un an plus tard par son décret d'application. Elle limitait la publicité au seul support de la presse écrite, selon des quotas. La mention des teneurs en goudron et nicotine des cigarettes, ainsi que celle de « Abus dangereux » sur les paquets. La protection des non-fumeurs se concrétise par des interdictions de fumer dans des lieux à usage collectif « où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ».

La loi du 10 janvier 1991 (loi Évin), vise, quant à elle, à interdire la distribution gratuite et toute publicité directe et indirecte pour le tabac, tout en donnant à cette dernière une définition extensive afin d'éviter les multiples détournements opérés par les fabricants (raids sportifs, vêtements, etc.). La loi s'attaque également au tabagisme passif en interdisant de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif (notamment en milieu scolaire et dans les transports publics), sauf aux emplacements prévus à cet effet. L'accès aux espaces fumeurs est interdit aux moins de 16 ans. Sur le lieu de travail, il est interdit de fumer dans les lieux collectifs clos et couverts. La loi met l'accent sur la prévention et l'information du public.

La loi du 18 janvier 1992 renforce la protection des consommateurs en créant un indice des prix qui ne tient plus compte du tabac.

La loi du 18 janvier 1992 précise l'obligation de mentionner un message à caractère sanitaire sur les conditionnements et

les produits du tabac.

La teneur maximale en goudron des cigarettes n'a cessé de diminuer depuis 1991 (15 mg par cigarette) pour atteindre 12 mg au 1^{er} janvier 1998.

Pour l'ensemble du chapitre précédent on pourra consulter les rapports publics cités dans la bibliographie générale, les circulaires citées dans le texte, ainsi que les ouvrages et articles suivants :

- BERGERON (H.), *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 370 p.
- BERNAT de CELIS (J.), *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- SETBON (M.), *L'injonction thérapeutique, Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, CNRS, Groupe d'analyse des politiques publiques, 1998, 144 p.
- SIMMAT-DURANT (L.) et autres, *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, Cepadip, Etudes et données pénales n° 77, 1998, 503 p.

LES DISPOSITIFS ET LES MOYENS DE LA LUTTE CONTRE LES DROGUES

Les drogues illicites

La politique publique de lutte contre les drogues illicites menée en France s'appuie sur l'action d'un certain nombre de structures et d'institutions. On peut distinguer deux champs principaux : les dispositifs sanitaires et sociaux et les dispositifs chargés de faire appliquer la loi. On décrit ici les structures et les moyens mis à la disposition de la politique publique à partir des derniers chiffres disponibles. Cette mesure des moyens est imparfaite, toujours réductrice. D'autres approches plus qualitatives doivent venir compléter les quelques éléments de connaissance sur le dispositif sanitaire et social dont il est fait état ici.

Les dispositifs sanitaires et sociaux

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

Le dispositif sanitaire spécialisé

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

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

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

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

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

- **Les centres de soins en ambulatoire**²⁸ assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils peuvent prendre en charge le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. Il peuvent

également proposer un soutien à l'environnement familial et à l'entourage des personnes concernées par l'usage des drogues. Ces centres gèrent **56 permanences d'accueil en ambulatoire**. On comptait, fin 1998, 137 centres en **ambulatoire** assurant une prise en charge par traitement à la méthadone. Les deux tiers des centres de soins en ambulatoire sont gérés par des associations.

- **Les centres avec hébergement collectif** peuvent assurer la prise en charge avec hébergement sous deux formes : centres thérapeutiques résidentiels ou centres thérapeutiques communautaires²⁹. Les usagers de drogues sont pris en charge sous l'angle médicopsychologique et socio-éducatif. L'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents. Dans leur quasi-totalité, les centres avec hébergement sont gérés par des associations.

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

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

Au total, selon les chiffres de la Direction générale de la santé, la capacité du dispositif spécialisé est d'environ **1 400 places d'hébergement** en 1998.

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

Le dispositif de soins spécialisés aux usagers de drogues

Types de structure	Nombre en 1998
Centres de soins spécialisés en ambulatoire	190
Permanences d'accueil en ambulatoire (structures gérées par les centres spécialisés, mais situées dans un lieu géographique différent)	56
Centres de soins spécialisés avec hébergement collectif (résidentiels ou communautaires)	50 (679 places)
Appartements thérapeutiques - relais	65 (437 places)
Hébergement de transition ou d'urgence	17 (127 places)
Familles d'accueil	(150 places)
Centres spécialisés en milieu pénitentiaire	16

Source : DGS/SP3

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

La Direction générale de la santé a demandé, en novembre 1998³⁰, aux centres spécialisés d'intégrer de nouvelles orientations dans leur projet thérapeutique en cours de révision. Ces orientations ont déjà été mises en œuvre par de nombreux centres. La Direction générale de la santé a souhaité, à cette date, les généraliser.

²⁸ Voir ci-dessous les centres thérapeutiques communautaires.

²⁹ Note d'orientation n° 98-659, relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés aux toxicomanes, DGS/SP3, 5 novembre 1998

²⁸ Les lignes qui suivent sont largement inspirées de la présentation des différentes structures du dispositif spécialisé qui figure dans l'Annuaire des centres spécialisés de soins aux toxicomanes conventionnés avec l'État, édition janvier 1999, édité par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Les nouvelles orientations concernant les centres spécialisés en ambulatoire

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

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

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

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

Les nouvelles orientations concernant les centres avec hébergement

- Centres thérapeutiques résidentiels

Le passage par ces centres constituait originellement une étape située en aval du sevrage au cours de laquelle le patient s'engageait à ne plus consommer aucun produit, y compris les médicaments. Cette approche s'est trouvée modifiée par l'introduction des traitements de substitution. Les centres thérapeutiques ont été incités, fin 1998³¹, à assouplir leurs conditions d'accueil et de séjour, à s'assurer la collaboration d'équipe médicale locale pour la prise en charge des patients, et à mieux prendre en compte les besoins sociaux et professionnels des patients.

- Centres thérapeutiques communautaires

Ces nouvelles structures doivent répondre aux besoins de certains patients, souvent plus âgés, en proposant une prise en charge basée sur la dynamique de groupe dans l'optique d'une aide à la réinsertion socioprofessionnelle³².

- Appartements thérapeutiques

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

- Familles d'accueil

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

Les traitements de substitution

La prescription de méthadone a été expérimentée par deux services hospitaliers dès le début des années 1970. Ces programmes ont subsisté jusqu'au milieu des années 1980 sans susciter d'intérêt particulier. La question des traitements de substitution réapparaît à la fin des années 1980. Par circulaire, en 1990 et en 1992, la Direction générale de la santé propose l'extension de la méthadone dans des conditions cependant très restrictives. Il est symptomatique, cependant, qu'aucune candidature ou presque n'ait été transmise à la Direction générale de la santé par les centres spécialisés. Le débat est alors très vif au sein même de la profession sur la question de la substitution, un nombre

important d'intervenants en toxicomanie continuant à s'y opposer. Bernard Kouchner, nommé ministre de la Santé en 1992, prend position, pour la première fois à ce niveau, en faveur de la méthadone³³. Son remplacement par Philippe Douste-Blazy dans le cadre du changement de majorité, un an plus tard, n'amène pas de revirement sur ce sujet. Le plan triennal 1993-1996 prévoit le développement de programmes de substitution dans des centres agréés par le ministère de la Santé pour permettre un suivi précis des patients, et une prise en charge globale visant, à terme, une vie sans dépendance.

Dès l'année suivante, le développement des capacités de prises en charge des toxicomanes avec prescription de méthadone est affiché comme priorité³⁴. Le nombre de places, encore limité à 275 fin 1993, dépassera les 1 500 en 1994. Cette année voit aussi la mise en place de la commission nationale de substitution relayée au niveau départemental.

Début 1995, l'autorisation est donnée à tous les centres spécialisés conventionnés de délivrer de la méthadone, dans des conditions désormais moins restrictives. L'autorisation de mise sur le marché de la méthadone intervient le 31 mars 1995, ce qui permet les prescriptions en médecine de ville et l'achat en officine, le traitement devant cependant toujours être initié dans un centre spécialisé.

Le Subutex® reçoit son autorisation de mise sur le marché le 31 juillet 1995. Contrairement à la méthadone, il peut être prescrit par tout médecin traitant, sans autre limitation, à l'origine, que l'utilisation du carnet à souche³⁵. Disponible dans les officines à partir de février 1996, il connaîtra une progression rapide au cours des mois qui suivent. Une circulaire du 3 avril 1996 précise les objectifs de la substitution à la buprénorphine³⁶. Celle-ci doit favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique. Ce traitement doit aussi permettre une interruption de la consommation d'opiacés, notamment l'héroïne, et augmenter les possibilités d'insertion sociale. Il est enfin précisé que l'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la buprénorphine.

Sous certaines hypothèses³⁷, on pouvait évaluer, à partir des quantités vendues de méthadone, à environ 7 200 le nombre de patients sous traitement de substitution à la méthadone en décembre 1998, dont près de 2 800 suivis en ville et de 4 400 suivis dans un centre spécialisé. Le même type de calcul conduit à une estimation de 57 100 patients sous traitement de substitution au Subutex®. Ce type de traitement est principalement prescrit en médecine de ville mais également dans les centres spécialisés. On se référera au chapitre sur les usagers sous traitement de substitution pour plus de détail sur ces chiffres. La question de l'évaluation des traitements de substitution est abordée par France Lert dans la partie « Tendance ».

Le dispositif de réduction des risques

L'échange de seringues a commencé à être pratiqué dès la fin des années 1980 sur l'initiative des associations humanitaires comme Médecins du monde. Il existait encore cependant moins d'une dizaine de programmes d'échange de seringues en 1993. Le plan adopté cette même année fait entrer le développement des programmes d'échange de seringues dans ses objectifs. Au premier mars 1994, 16 programmes sont financés et on en comptera 61 en 1996 et 86 à la fin 1997³⁸. Les PES

³³ Pour être tout à fait exact, c'est Léon Schwartzberg, éphémère secrétaire d'Etat à la Santé du premier gouvernement de Michel Rocard qui est le premier membre d'un gouvernement français à avoir publiquement pris position en faveur du développement de la substitution. Il a quitté ses fonctions quelques jours après sa nomination.

³⁴ La politique de réduction des risques est alors officiellement consacrée par Simone Veil lors de sa conférence de presse du 21 juillet 1994.

³⁵ Le carnet à souche facilite le suivi des prescriptions et permet éventuellement le repérage des médecins prescrivant de façon anormalement élevé un médicament particulier.

³⁶ 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, annexe 1.

³⁷ Cf. section consacrée aux traitements de substitution dans la partie « Indicateurs ».

³⁸ Il s'agit des PES financés et répertoriés par ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

³¹ Note d'orientation n° 98-659, relative à la révision des projets thérapeutiques des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, DGS/SP3, 5 novembre 1998

³² Ibid.

distribuent des seringues à l'unité ou des trousse de prévention (Kit® ou Kap® contenant deux seringues d'un millilitre, un ou deux tampons alcoolisés, une ou deux doses d'eau stérile, un préservatif, des messages de prévention).

À la suite de l'action pilote menée par l'association Apothicom dans les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, la vente en pharmacie de la trousse de prévention Stéribox®, au contenu à peu près identique au Kit® ou aux Kap®, est généralisée à l'ensemble du territoire. Les subventions de l'État permettent à cette trousse de prévention d'être vendue à un prix modéré. Plus de 2,3 millions de Stéribox® ont été distribués ou vendus en 1997.

L'implantation de récupérateurs de seringues et de distributeurs automatiques de trousse de prévention sur la voie publique, encouragées par les pouvoirs publics, est une décision qui relève de la compétence des maires. Les dépenses d'investissement nécessaires à ces implantations peuvent être prises en charge à 100 % par l'État, les dépenses de fonctionnement restant à la charge des communes. On comptait, fin 1997, 50 récupérateurs et 148 distributeurs automatiques de seringues.

Le plan de 1993 prévoit également la création de centres d'hébergement et d'accueil en urgence pour la population toxicomane la plus marginalisée, mesure dont le contenu a été précisé par une circulaire en novembre 1993³⁹. Deux « boutiques », du nom du premier lieu d'accueil ont été créées en 1993. Leur nombre va rapidement augmenter, pour atteindre 32 à la fin 1997, deux boutiques supplémentaires ayant été financées en 1998.

On assiste ainsi, en quelques années, à la mise en place d'un véritable dispositif de réduction des risques qui se développera en complémentarité avec le dispositif spécialisé. Les activités de réduction des risques seront en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé, bénéficiant souvent du soutien des collectivités locales.

Le dispositif de réduction des risques au 31 décembre 1997

Types de dispositif	Nombre
Programmes d'échange de seringues	86
Boutiques	32
Nombre de Stéribox® vendus	2,3 millions
Nombre d'automates	148
Récupérateurs simples	50

Source : Direction générale de la santé/division Sida

La politique de réduction des risques en 1998, telle qu'elle s'exprime dans une circulaire de la division Sida de la Direction générale de la santé, se situe dans la continuité des années précédentes. Mettant en garde contre le risque de cloisonnement entre les structures de premiers contacts (boutiques, bus) et le dispositif de droit commun et spécialisé, cette circulaire appelle au développement de la culture de réduction des risques chez l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social. Cette circulaire propose également aux associations d'élaborer des projets de réduction des risques « généralistes » orientés vers des populations marginalisées autres que les usagers de drogues.

Le système de soins général (hôpital et médecine de ville)

La question des lits de sevrage à l'hôpital était déjà apparue dans le programme de 1985, qui se fixait comme objectif le « maintien et le développement des lits flottants » réservés à l'hospitalisation des toxicomanes. Le rapport Trautmann

préconise une meilleure coordination avec le milieu hospitalier pour faire face au Sida. Mais c'est avec le rapport Henrion qu'apparaît pour la première fois dans un rapport officiel le diagnostic de sous-médicalisation de la population des usagers de drogues dépendants et le constat des difficultés rencontrées par les usagers de drogues malades à se faire prendre en charge dans les hôpitaux, y compris dans les services d'urgence. Le rapport Parquet sur la place de l'hôpital dans la prise en charge des patients toxicomanes fait le même constat et propose, entre autres, la création de structures transdisciplinaires centrées sur la dépendance, la formation des personnels hospitaliers à la prise en charge des patients toxicomanes et la mise en place d'une cellule toxicomanie au sein de la direction des hôpitaux. Cette dernière recommandation a conduit à confier à la mission SIDA de la direction des hôpitaux le dossier toxicomanie⁴⁰.

Le plan de 1993 se limite à préconiser une meilleure implication des services hospitaliers au niveau du sevrage : dans chaque établissement trois à cinq lits au moins devront être réservés aux cures de sevrage dans tous les centres hospitaliers situés dans les villes de plus de 50 000 habitants. Cette question a fait l'objet d'une circulaire en 1994⁴¹.

La politique sanitaire se donnera ensuite pour objectif de favoriser l'accès des usagers de drogues à l'ensemble des services hospitaliers. La priorité est donnée en 1996 à l'implication des consultations de médecine, à la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux usagers de drogues (connues sous le nom d'ECIMUD dans les hôpitaux de l'Assistance publique), au renforcement de certains services impliqués dans la prise en charge des usagers en situation de crise et à la formation du personnel hospitalier.

Quatre-vingt-seize projets hospitaliers ont été financés à la suite de cette circulaire pour un montant de 47 millions de francs, utilisés en majorité pour financer la création d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes (au nombre de 46 fin 1997), mais également pour l'amélioration des soins aux détenus toxicomanes, pour le renforcement de certains services et pour la création de réseaux ville-hôpital-toxicomanie⁴².

Le recensement des structures présentées dans le tableau ci-dessous n'est pas exhaustif et concerne les 70 établissements ayant bénéficié de crédits pour la mise en place d'un projet⁴³ présenté à la suite de la circulaire de 1996⁴⁴.

Le dispositif de prise en charge à l'hôpital (hors centres de soins spécialisés) en 1998

Types de structure	Nombre de structures
Equipes de liaison	46
Réseaux ville-hôpital*	47
Consultations	40
Coordination hospitalière	13
Autres	8

*il ne s'agit que des réseaux ville-hôpital recensés dans l'enquête. Le nombre total de réseaux ville-hôpital-toxicomanie financés par la DGS était de 57 en 1998.

Source : Direction des hôpitaux/E02

Les crédits utilisés ont permis la création de 89 emplois équivalent temps plein, dont 25 emplois médicaux et 64 non-médicaux. Ces emplois ont été rattachés pour 32 % à la psychiatrie, 19 % en médecine, 17 % aux urgences, 8 % en spécialités, 8 % à des centres de soins spécialisés à gestion hospitalière et pour 21 % à d'autres services non précisés.

³⁹ BOURDILLON (F.), TORTAY (I.), Evaluation de la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital : bilan de la circulaire, Actes de la rencontre nationale sur la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juin 1998.

⁴⁰ Circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994.

⁴¹ BOURDILLON (F.), TORTAY (I.), op.cit.

⁴² BOURDILLON (F.), TORTAY (I.), op.cit.

⁴³ Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

³⁹ Circulaire du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville du 9 novembre 1993.

En ce qui concerne l'hépatite C, une circulaire datant de 1995 a été à l'origine de la création de 30 pôles de référence avec pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins. Il ne s'agit pas dans ce cas de structures spécifiquement orientées vers les usagers de drogues. Dans la plupart des pôles des réseaux ont été mis en place. Ils rassemblent des établissements publics et privés de soins et différents membres des professions sanitaires, essentiellement médecins mais aussi pharmaciens, infirmiers, biologistes. Il est à noter qu'en 1997, seuls trois réseaux comptaient parmi leurs membres, des médecins de centres spécialisés de soins en toxicomanie ou de réseaux ville-hôpital-toxicomanie.

C'est de 1993 que date la volonté d'améliorer la prise en charge des usagers dépendants en médecine de ville par la constitution de réseaux ville-hôpital-toxicomanie qui s'appuient sur des associations subventionnées par la Direction générale de la santé regroupant des médecins généralistes⁴⁵. Là aussi, la question du Sida a joué un grand rôle, puisque ce sont les réseaux mis en place pour le suivi des patients infectés par le VIH qui ont servi de modèle. Dans certains cas, ce sont d'ailleurs les réseaux Sida qui s'investiront le plus dans le domaine de la toxicomanie. Ces réseaux, qui doivent nécessairement s'appuyer sur un site hospitalier, regroupent des praticiens hospitaliers, des médecins généralistes et un ou plusieurs centres spécialisés. Cinquante-sept réseaux ville-hôpital-toxicomanie ont été recensés fin 1998.

Le dispositif d'insertion et de prévention

Trois dispositifs de prévention voient le jour, au tout début de la décennie, en application du programme d'action de 1990 : les Comités d'environnement sociaux (CES), « Drogues info service » (DIS), et les « points écoute accueil jeunes ». Le plan de 1993 et le programme complémentaire de 1995 prévoient l'extension de ces dispositifs et un ensemble de mesures à visée préventive. L'accent sera d'avantage mis, au cours de cette décennie, sur l'évaluation et la recherche de cohérence entre les différentes actions de prévention.

Les CES, financés en quasi totalité par la DGLDT, se sont vu confier pour mission de développer la prévention en milieu scolaire de la toxicomanie et de l'ensemble des conduites à risque, en regroupant les membres de la communauté éducative, adultes et élèves, et les acteurs de la vie sociale de quartier. Le plan de 1993 et le programme complémentaire de 1995 prévoient tous deux le développement de ces structures dont le nombre a substantiellement augmenté depuis. Néanmoins, en 1997, on ne trouvait ces structures que dans 28 % des établissements publics du second degré, certaines n'ayant qu'une existence formelle. En 1998, ces comités sont rebaptisés Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, entérinant ainsi l'adoption d'une approche globalisante de la prise en charge des difficultés rencontrées par les jeunes⁴⁶.

Drogue info service est un organisme national d'accueil téléphonique ouvert à tous et destiné à l'information et à la prévention en matière de drogue et de toxicomanie. Il fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec un numéro vert depuis 1991. Drogue info service dispose d'un pôle national à Paris et de cinq pôles régionaux.

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

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

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

La préparation à la réinsertion à la sortie des détenus usagers de drogues constituait également l'un des points du programme gouvernemental de 1990. À la suite de cette recommandation plusieurs projets pilotes ont été mis en place, le premier en mars 1992, à la maison d'arrêt de Fresnes, sous le nom de quartier intermédiaire sortant (QIS). Il s'agit, dans la pratique, d'un stage de préparation suivi par les candidats pendant les quatre dernières semaines de leur incarcération. Le programme gouvernemental de 1995 prévoit le développement de ce dispositif de préparation à la sortie de prison. Des « unités pour sortants » (UPS) pour les usagers de drogues ont été créées sur sept autres sites pilotes en 1996.

Le dispositif spécialisé de prévention et d'insertion en 1997

Types de structure	Nombre de structures
Point écoute jeunes	62
Point écoute parents	16
Sleep-in	2
Unités pour sortants	8
Ateliers d'aide à l'insertion	25

Source : Direction générale de la santé/SP3

Application de la loi

La politique publique de lutte contre la drogue et l'usage des drogues menée en France s'appuie également sur l'action des organismes chargés de faire respecter la loi. Les services de la Police nationale, de la Gendarmerie nationale et de la douane sont chargés, dans leur sphère de compétence, de déceler les infractions à la législation sur les stupéfiants, d'en interpellier les auteurs et de prévenir la commission de ces infractions. Les autorités judiciaires décident de l'opportunité des poursuites, statuent sur la culpabilité des prévenus, déterminent les sanctions pénales ou l'utilisation d'autres mesures judiciaires et les font appliquer. On mentionnera également l'existence de deux dispositifs transversaux chargés respectivement de la lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue et du crime organisé et du contrôle des produits précurseurs des drogues illicites.

Les dispositifs spécialisés sont assez rares pour les organismes chargés de faire appliquer la loi, et l'activité spécifiquement liée aux stupéfiants est dans l'ensemble imbriquée dans l'activité globale de ces institutions, ce qui la rend difficile à cerner.

Police nationale

La Police nationale est la seule institution à posséder des services spécialisés dans la lutte contre les stupéfiants en nombre important.

Au niveau central, la Mission de lutte contre la drogue (MILAD) est chargée, sous l'autorité du Directeur général de la Police nationale, de coordonner et d'orienter la politique des Directions et services du ministère de l'Intérieur en matière de lutte contre le trafic, l'usage de stupéfiants et le blanchiment. Outre l'adaptation de la stratégie et des moyens du ministère de l'Intérieur, elle développe et défend les positions de cette administration dans les instances nationales et internationales. Elle prépare également les actions du ministère de l'Intérieur en matière de prévention.

Deux directions de la Police nationale sont plus particulièrement concernées par la lutte contre la drogue, la Direction

⁴⁵ Circulaire n°72 du 9 novembre 1993 et circulaire n°15 du 7 mars 1994.

⁴⁶ Cf contribution de R. Ballion dans la partie "Tendances".

centrale de la police judiciaire (DCPJ) et la Direction centrale de la sécurité publique (DCSP).

Au sein de la DCPJ, l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS), qui comprend une centaine de fonctionnaires de police, est chargé, au terme du décret n° 53-726 du 3 août 1953, de centraliser tous les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite des toxiques stupéfiants et de coordonner toutes les opérations tendant à la répression de ce trafic.

Au niveau local, les services régionaux de police judiciaire, dépendants de la DCPJ sont chargés de la lutte contre le trafic local ou régional dans le ressort de leur compétence territoriale. Les affaires de trafic national ou international reviennent à l'OCTIS. Il existe des sections des stupéfiants au sein des services départementaux de police judiciaire.

Au sein de la DCSP, des services brigades de stupéfiants ont souvent été créés au niveau local, avec pour mission essentielle la lutte contre le trafic local et l'usage.

Les policiers formateurs antidrogue (PFAD), spécialement formés aux questions de la prévention de l'usage des drogues, peuvent être placés aussi bien au sein des services de police judiciaire que de la sécurité publique. Leur rôle consiste à assurer la formation continue des fonctionnaires de police de terrain et d'intervenir, surtout auprès des jeunes scolarisés, dans le domaine de la prévention.

Le nombre de fonctionnaires de police consacrant toute leur activité à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants avait été estimé à un peu plus de 2 000 pour l'année 1995⁴⁷. La part de l'activité des fonctionnaires de police non spécialisés consacrée à la lutte contre les stupéfiants est beaucoup plus difficile à déterminer. Les hypothèses, utilisées dans l'étude sur les coûts de la politique publique de lutte contre la drogue déjà citée, conduisaient à évaluer le nombre de fonctionnaires à plein-temps, affectés à la lutte contre la drogue, à un peu plus de 4 000 en 1995.

Gendarmerie nationale

Les problèmes liés à la lutte contre la drogue et l'usage des drogues sont suivis au niveau central par un officier supérieur du bureau de la police judiciaire de la Direction générale de la Gendarmerie nationale.

La coordination sur le terrain est effectuée par le Bureau animation-coordination qui dépend directement de l'administration centrale.

Trente sections de recherches ayant une compétence dans le ressort d'une cour d'appel et 302 brigades de recherches situées au niveau du département ou de l'arrondissement contribuent à la lutte contre le trafic de drogue, soit sur leur propre initiative, soit en renfort des 3 600 brigades territoriales de métropole.

Dans le domaine de la prévention, on compte 25 brigades de prévention de la délinquance juvénile, dont les missions englobent la prévention du trafic et de l'usage des drogues. Quatorze unités de ce type doivent être créées en 1999.

Le dispositif de formateurs relais antidrogue (FRAD) se composera, à la fin de l'année 1999, d'environ 475 sous-officiers, dont une partie sera affectée dans les brigades de prévention de la délinquance juvénile.

On peut enfin mentionner le service technique de recherches judiciaires et de documentation implanté à Rosny-sous-Bois, où a été mis en place un réseau de surveillance internet.

La Gendarmerie nationale ne disposant pas de services spécialisés, le calcul des effectifs est encore plus incertain que pour la Police nationale. Toujours selon les hypothèses de l'étude déjà citée, on peut donner un ordre de grandeur de 2 000 gendarmes équivalent temps-plein se consacrant à la lutte contre les stupéfiants en 1995.

Direction générale des douanes et des droits indirects

La douane exerce, entre autres, des missions de surveillance des flux de marchandises, de personnes et de capitaux, aux frontières de l'Union européenne et sur l'ensemble du territoire national. C'est dans ce cadre que sont opérés les contrôles en matière de circulation illicite de produits stupéfiants, ainsi que d'autres marchandises (armes, alcool, tabac, contrefaçons).

D'après la Direction générale des douanes, 500 fonctionnaires se consacraient à temps-plein à la lutte contre le trafic de stupéfiants, en 1995. Avec des hypothèses semblables à celles utilisées pour les deux institutions précédentes le nombre de douaniers (en équivalent plein-temps) non spécialisés était estimé à un peu plus de 2 000 en 1995.

Justice

Dans ce domaine, on peut mentionner l'existence de substituts spécialisés sur les questions d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Suite aux recommandations de la circulaire de 1995 concernant l'injonction thérapeutique, un magistrat est également souvent désigné pour prendre en charge cette mesure.

Le nombre de magistrats (en équivalent plein-temps), consacrant leur activité à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants, était estimé à environ 200 en 1995, auxquels il faut ajouter environ 400 fonctionnaires de justice. En supposant que l'activité du personnel pénitentiaire et du personnel socio-éducatif se répartit proportionnellement au nombre de personnes incarcérées, on obtient environ 3 400 fonctionnaires (en équivalent temps plein) de l'administration pénitentiaire qu'on peut affecter à la politique de lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants.

Le dispositif de lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue

La lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue et de l'ensemble des produits de la criminalité s'appuie sur une structure créée au sein du ministère de l'Économie et des Finances, le TRACFIN. Cet organisme est chargé de recueillir les déclarations de soupçon sur les transactions suspectes qui doivent lui être transmises par les institutions financières. Il a le pouvoir de bloquer les opérations en cause et de lever le secret bancaire pour se faire communiquer toutes les informations nécessaires. Après avoir analysé et instruit les déclarations de soupçon, TRACFIN les transmet, le cas échéant, aux autorités judiciaires (on se reportera à la section sur la lutte contre le blanchiment pour le bilan chiffré de l'activité de TRACFIN).

Au sein de la Direction centrale de la Police judiciaire, l'Office central de répression de la grande délinquance financière (OCRGDF) a pour mission la lutte contre les infractions à caractère économique et financier de grande envergure, et notamment la lutte contre le blanchiment. Il se voit en général confier les dossiers transmis par TRACFIN à la Justice. L'OCRGDF centralise l'information et coordonne l'activité des différents services de police qui ont une activité dans le domaine de la lutte contre la délinquance économique et financière (Brigades de recherche et d'investigations financières et OCTIS).

La lutte contre le blanchiment de l'argent des drogues illicites peut aujourd'hui également s'appuyer sur des parquets spécialisés sur les questions financières.

Le dispositif de contrôle des produits précurseurs des drogues illicites

Le contrôle des produits précurseurs de drogues, inscrit dans la loi du 19 mai 1996, s'appuie sur la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNPC), organisme interministériel rattaché au ministère de l'Industrie. C'est à cet organisme que doivent s'adresser les opérateurs pour toutes les dispositions prévues par la loi (demande d'agrément préalable, notifications des déclarations de soupçon, réponses obligatoires aux demandes d'informations, etc.). Le MNPc s'appuie pour les travaux de documentation et d'enquête sur la cellule Précurseurs, produits chimiques et psychotropes de l'OCTIS.

⁴⁷ KOPP (P.), PALLE (C.), *Vers l'analyse du coût des drogues illégales, rapport OFDT, mai 1998.*

Les dépenses liées à la politique de lutte contre les drogues illicites

La mesure des moyens, en termes de structures et de personnels, peut-être complétée par des données sur les moyens financiers utilisés dans le cadre de la politique de lutte contre la drogue. Il ne s'agit donc ici que des dépenses effectuées par la collectivité, soit au niveau du budget de l'État, soit au niveau d'un autre budget financé par la collectivité. Certaines structures et activités peuvent être clairement identifiées comme relevant de la politique de lutte contre la drogue (les centres de soins spécialisés en toxicomanie par exemple). D'autres activités ne peuvent être facilement différenciées en termes de structures ou de financement (l'activité de lutte contre les infractions à la législation des stupéfiants menée par les gendarmes ou la douane). L'estimation des dépenses devient plus difficile.

Certains coûts liés à l'usage de drogues, mais qui ne peuvent être imputés à la politique menée par les pouvoirs publics dans le domaine des drogues, ne sont pas pris en compte ici. C'est le cas par exemple des coûts de traitement des usagers de drogues atteints par le virus du Sida ou de l'hépatite C, lesquels relèvent de la politique de lutte contre le Sida et les hépatites. C'est le cas également du coût des actes de délinquance éventuellement commis par des usagers de drogues.

Les dépenses collectives spécifiques

Les crédits spécifiques du budget de l'État

Le budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité comprend deux chapitres qui concernent expressément la lutte contre la drogue. Il s'agit des dépenses du chapitre 47-15 du budget de l'Emploi et de la Solidarité et des crédits interministériels du chapitre 47-17.

Les crédits interministériels, qui ont eu tendance à diminuer entre 1990 et 1995, ont été fortement augmentés en 1998. Les crédits santé et ville ont plus que doublé au cours de la période 1990-1998, avec des augmentations particulièrement fortes en 1991, 1996 et 1997.

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

Crédits	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Crédits interministériels (45-17)	250,0	250,0	246,9	246,9	237,0	215,5	230,5	230,5	294,5
Crédits santé et ville (47-15)	352,6	438,9	439,9	461,1	484,5	619,1	690,4	751,4	779,7
Total	602,6	688,9	686,8	708,0	721,5	834,6	920,9	981,9	1074,2

Source : Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Cour des comptes, 1998

Crédits de la division Sida

On peut ajouter les crédits liés à la prévention du Sida chez les usagers de drogues correspondant à quelque chose près au dispositif de réduction des risques. Ces dépenses étaient évaluées à 40 millions de francs en 1995, à 53,5 millions en 1996 et à 66,3 millions en 1997.

Répartition des crédits interministériels (ch.45-17) pour l'année 1998 (dépenses effectuées, en millions de francs)

Secteurs ministériels	1992	1994	1996	1998
Santé, Affaires sociales	59,5	45,9	68,1	47,9
Éducation nationale et recherche	11,9	12,9	12	19,5
Jeunesse et sport	10,1	9,2	17,2	13,7
Délégation interministérielle à la ville	2,8	9,2	10,5	13,2
Justice	22,8	18,4	18,4	18,9
Intérieur (police)	23,8	27,6	19	18,5
Défense (gendarmerie)	9,8	11,5	8,8	10,7
Économie et finance (douanes)	24,1	22,5	16	15,6
Affaires étrangères	10,8	9,2	6	5,8
Coopération	2,5	2,7	2	1,6
Autres	0,8	0,9	-	6
Activités propres de la MILD	55,1	48	52,5	77,7
Total	234	218	230,5	249,1*

Source : rapport sur l'activité interministérielle DGLDT, MILD

*La différence entre ce montant et celui du tableau précédent (294,5 millions pour les crédits interministériels en 1998) s'explique par un report des crédits votés en loi de finance initiale de plus de 45 millions de francs.

Autres dépenses publiques

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

La région Nord-Pas-de-Calais a par exemple dépensé 4,7 millions en 1994-1995 pour le volet prévention du contrat de plan État-région⁴⁸. La région Ile-de-France cofinance avec l'État la mise en place d'appartements thérapeutiques pour les malades du Sida. En 1994-1995, 10,4 millions ont été dépensés⁴⁹ pour cette action.

Les dépenses du Conseil général du département de la Seine-Saint-Denis liées à la lutte contre la drogue se sont élevées à 5 millions de francs en 1996⁵⁰. L'ensemble des dépenses des collectivités locales est cependant difficile à estimer. Les dépenses sont probablement concentrées sur un nombre restreint de villes, de départements et de régions qui sont les plus touchées par l'usage des drogues.

Dépenses financées par la Sécurité sociale

– Dépenses hospitalières

La circulaire de la direction des hôpitaux du 27 décembre 1995 fixe à 0,06 % l'ensemble des dépenses du secteur hospitalier affectées à la prise en charge des toxicomanes, soit une enveloppe de 150 millions de francs en 1996. Cette enveloppe a finalement été limitée à 76,3 millions pour cette année⁵¹.

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

⁴⁸ Cour des comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, op.cit.p 23.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ KOPP (P.), PALLE (C.), Vers l'analyse du coût des drogues illégales, rapport OFDT, mai 1998.

—Dépenses liées à la substitution en ville

Le coût global de la substitution au Subutex® pour l'assurance maladie peut être estimé, selon le rapport de la Cour des comptes déjà cité, entre 500 et 600 millions de francs en 1997.

Il faudrait encore ajouter à cette dépense les coûts de la méthadone prescrite en ville, non chiffrés jusqu'à présent.

L'ensemble des dépenses collectives spécifiques recensées s'élevaient à environ 1,6 milliard de francs en 1997.

Les dépenses collectives non spécifiques

Une étude portant sur l'année 1995⁵¹ donne également des ordres de grandeur sur les dépenses non spécifiques des autres administrations. L'évaluation de ces dépenses pose de nombreux problèmes et s'accompagne de grandes marges d'incertitude. La difficulté est particulièrement importante, voire insurmontable, pour les activités relevant de la prévention dès lors qu'elles ne portent pas de label spécifique.

Dépenses des administrations chargées de l'application de la loi

La méthode utilisée consiste, en simplifiant, à imputer les budgets globaux des institutions sur l'activité de lutte contre les drogues proportionnellement à la part des auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants dans l'ensemble de la clientèle de ces institutions. Le coût moyen de traitement d'un auteur d'infraction à la législation sur les stupéfiants est supposé ne pas être très différent du coût moyen de traitement de l'ensemble des auteurs d'infraction. Pour ce type d'infraction, comme pour les autres, il existe vraisemblablement une minorité de cas très coûteux (affaires importantes de trafic) et une majorité de cas peu coûteux, (interpellations d'usagers simples de cannabis). En dépit de leur nombre élevé, les interpellations pour usage simple de cannabis ne représentent sans doute qu'une fraction minoritaire du coût total « drogues » des administrations chargées de faire appliquer la loi.

Les dépenses de l'ensemble de ces institutions s'élevaient à environ 3,6 milliards de francs en 1995. Le montant de ces dépenses n'a pas été actualisé depuis. On peut toutefois noter, pour ce qui concerne l'administration pénitentiaire, qu'une légère augmentation des dépenses globales combinées à une diminution des prévenus et des condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants parmi la population incarcérée conduit à une stabilité des dépenses liée à la lutte contre la drogue entre 1995 et 1997.

La nature hétérogène des données utilisées pour le calcul permet difficilement de répartir l'ensemble de cette dépense en frais de personnel et frais de fonctionnement. Les dépenses de la plupart des administrations comportent une majorité de frais de personnel. Les données budgétaires permettaient d'estimer la part des frais de personnel à un minimum de 85 % dans le cas de la Police nationale, d'environ 80 % pour les services de douane, entre 65 et 70 % pour l'administration pénitentiaire, entre 50 et 70 % pour les services judiciaires.

Dépenses des autres ministères

Les dépenses des ministères n'appartenant pas aux deux catégories précédentes, beaucoup plus faibles, ont été obtenues, en général, directement auprès de ces administrations et correspondent à des actions plus facilement individualisables.

Il a été remarqué à la lecture de ces chiffres, que les dépenses d'application de la loi étaient largement supérieures à celles liées au traitement et à la prévention.

Cette observation appelle quelques commentaires :

— une partie des dépenses en matière de traitements (substitution) est prise en charge par le budget de la Sécurité sociale. La prise en compte de ces dépenses majeure substantiellement les dépenses consacrées au traitement. En 1997, le rapport entre dépenses collectives de traitement, de prévention et de recherche, d'une part, et dépenses des administrations chargées de faire appliquer la loi, d'autre part, devrait être de l'ordre de 1 à 2.

Coût de l'intervention publique en matière de drogue en 1995 (en millions de francs)

Natures des dépenses	Dépenses budget propre	Dépenses Crédits interministériels	Dépenses totales
Justice	1.520	16,56	1536,56
dont :			
Services judiciaires	200		
Administration pénitentiaire	1.320		
Protection judiciaire de la jeunesse			
Police	1.235,7	24,84	1260,54
Gendarmerie	459,2	10,35	469,55
Douanes	430	20,25	450,25
Santé	630,2 (1)	26,1	656,3
Affaires sociales	14	14,58	28,58
Délégation Interministérielle à la Ville	22	9,45	31,45
MILDT	(2)	45,36 (3)	45,36
Education nationale	2	9,9	11,9
Jeunesse et sport	17,7	8,28	26
Recherche	42	2,43	44,43
Affaires étrangères	14	7,2	21,2
Coopération	18	1,8	19,8
Travail, emploi et formation professionnelle		0,81	0,81
Contribution au budget drogue de l'UE	30		30
Total	4.434,8	197,9	4.632,7
Prévention du Sida des usagers de drogues (réduction des risques)	40		

(1) Ce chiffre est la somme des crédits du chapitre 47-15 (articles 10 40) des dépenses relatives à la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, et des dépenses estimées des personnels DDASS et DRASS s'occupant des questions de toxicomanie.

(2) Les dépenses de fonctionnement de la MILDT n'ont pu être déterminées, une partie du budget relevant du budget du Premier ministre, budget dans lequel les dépenses de la MILDT ne sont pas identifiables à notre connaissance.

(3) Actions DQILD (Drogues Info Service, Conventions départementales d'objectifs, OFDT, etc.)

— les dépenses de prévention sont difficiles à évaluer et n'apparaissent dans ce calcul que si elles sont spécifiées comme étant liées à la lutte contre les drogues illicites. Un nombre important de travailleurs sociaux interviennent dans le champ de la prévention « généraliste ». En incluant une quote-part de leur coût nous augmenterions également les dépenses de prévention.

— les dépenses d'application de la loi sont globalisées mais il est vraisemblable que la répression du trafic en constitue la majeure partie. Les dépenses relatives à l'incarcération, très élevées, concernent essentiellement des personnes détenues pour trafic.

⁵¹ Cour des comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, op.cit., p 23.

⁵² KOPP (P.), PALLE (C.), Vers l'analyse du coût des drogues illégales, rapport OFDT, mai 1998.

L'alcool

Le dispositif de traitement et de prévention

Le dispositif spécialisé

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme est chargé de la prévention, du soin et de l'accompagnement social de tout public présentant une consommation à risque. Cette action doit s'effectuer en liaison avec les autres intervenants sanitaires et sociaux situés en amont et en aval. Ce dispositif a également pour mission d'informer, de sensibiliser et de former aux problèmes liés à la consommation d'alcool à risque tous les publics concernés.

En 1997, le dispositif spécialisé comprenait deux principaux types de structure : les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, centrés sur le soin et l'accompagnement social, et les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme, centrés sur la prévention.

Depuis le 1^{er} janvier 1999, ce dispositif est financé par les régimes d'assurance maladie ainsi que, au titre de la prévention, par les crédits ouverts au chapitre 47-17 de l'article 20 du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Il était auparavant principalement financé par le budget de l'État pour la prévention et le soin.

Parallèlement à ce dispositif, d'autres structures et d'autres professionnels interviennent dans la prise en charge de l'alcoolisme : l'hôpital, pour ce qui concerne les problèmes somatiques, les urgences ; les centres de cure et de postcure ; des médecins libéraux ayant intégré l'alcoologie à leur pratique ; des structures généralistes d'éducation à la santé ; les associations d'anciens malades qui fournissent un soutien personnel, familial et social.

Les structures du dispositif sont privées ou publiques. En 1997, les deux tiers d'entre elles étaient de type associatif. Parmi celles-ci, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme est largement majoritaire. Le poids de l'hôpital est prépondérant au sein des structures publiques.

Forme juridique des structures gestionnaires

Types de structure		1996	1997
Privée	Association nationale de prévention de l'alcoolisme	86	87
	Associations	39	45
	Autres	4	2
Sous-total		129	134
Publique	Hôpital	43	51
	Commune	9	11
	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	3	3
Sous-total		55	65
Total		184	201

Source : Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, DGS, 1999.

Outre leur caractère public ou privé, ces structures peuvent être soit spécialisées sur le soin (31 structures), soit sur la prévention (45 structures) ou effectuer les deux types de prises en charge de façon à peu près égale (125). Le secteur public est principalement centré sur le soin.

Diverses formes de relations peuvent exister entre ces structures avec, par exemple, un comité départemental de prévention de l'alcoolisme gérant un ou plusieurs centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

L'activité des structures du dispositif spécialisé s'exerce souvent de façon décentralisée, dans différents lieux plus facilement accessibles aux usagers, ouverts pour certains de façon permanente ou pour un temps limité. Diverses appellations étaient utilisées pour désigner ces lieux : centre d'hygiène alimentaire, centre d'alcoologie, antenne, consultation, permanences, etc.. Les centres, désormais intégrés dans le dispositif médico-social, sont dénommés Centre de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Sur 677 lieux recensés en 1996, 262 sont ouverts au moins 20 heures par semaine, l'activité des autres lieux étant inférieure à 20 heures par semaine. Le nombre des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie était d'environ 230 en 1997, chiffre resté stable depuis 1994.

Le nombre de professionnels salariés dans le dispositif spécialisé peut être estimé à 1 687 personnes. La plupart exerçant leur activité dans ce secteur à temps partiel, le nombre de salariés en équivalent temps-plein serait de 925 en 1997, dont environ 40 % de personnel du secteur sanitaire, 16 % du secteur social et 18 % du secteur prévention. La part du personnel sanitaire a tendance à augmenter.

Le dispositif hospitalier

Le rapport Reynaud-Parquet, publié fin 1997, a mis en évidence les faiblesses de la prise en charge des patients alcooliques dans les hôpitaux. Selon ces auteurs, le diagnostic d'alcoolisation excessive n'est fait que dans la moitié des cas. Les complications consécutives à l'alcoolisme sont traitées sans que soit le plus souvent mis en place le traitement de la dépendance. L'envoi dans les structures spécialisées (CCAA) est proportionnellement très faible. Le rôle que doit jouer la psychiatrie dans les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool n'est pas clairement défini. Dans la plupart des hôpitaux la prise en charge des malades alcooliques n'est pas organisée de façon cohérente.

Part de chaque catégorie dans l'ensemble du personnel du dispositif spécialisé (en %)

Types d'emploi	1994	1995	1996	1997
Sanitaire (médecins, infirmiers, aide-soignants, diététiciens, psychologues, etc.)	37,1	33,5	34,3	38,8
Social (assistants sociaux, éducateurs spécialisés, visiteurs sociaux)	16,8	17,5	18	15,8
Prévention (animateurs, délégués ou directeurs)	19,7	20,4	20,6	18,5
Commun (secrétaires et autres métiers)	26,5	28,6	27	26,9

Source : Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1996, DGS, 1998.

La circulaire du 28 mars 1978 préconisait –sans ouverture de lits– « la création d'unité d'accueil et de soins pour les malades éthyliques, et la cooptation, au sein du corps médical hospitalier, d'un référent alcool chargé d'assurer la coordination interdisciplinaire pour le traitement global des sujets présentant des affections d'origine alcoolique⁵³ ». L'application de cette circulaire a été limitée : peu d'unités ou partie d'unités se sont spécialisées en alcoologie et la coordination inter-service en matière d'alcoolisme fait figure d'exception.

Le rapport Reynaud-Parquet fait état d'une cinquantaine d'unité d'alcoologie de 10 à 40 lits en moyenne, regroupant un peu plus d'un millier de lits au total et accueillant 20 000 malades par an. Le rapport souligne l'absence de planification de leur répartition et la fragilité de ces structures qui n'ont aucune inscription administrative.

L'alcoolologie de liaison a été relancée par une circulaire en date du 10 septembre 1996, qui prévoyait la création d'une équipe par région. La faiblesse des crédits accordés n'a permis la création que de 16 équipes. Les crédits destinés à l'alcoolologie de liaison ont disparu en 1997.

En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation d'alcoolologie (encore dénommé centres de postcure), le rapport Reynaud-Parquet répertorie 25 centres, à gestion essentiellement associative, comprenant 373 lits d'hommes, 160 lits de femmes et 274 lits mixtes, soit au total 807 lits. Ces structures auraient la capacité d'accueillir 8 000 malades par an.

Application de la loi

La plus grande partie de l'activité des services chargés de faire appliquer la loi dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme se situe au niveau du contrôle de l'alcoolémie des conducteurs. L'activité consacrée à lutter contre la délinquance liée à l'alcoolisme (tout comme celle liée à l'usage de drogues) n'est pas pris en compte ici. En 1996, les services de police et de gendarmerie ont pratiqué près de 8 millions de dépistages, dont un peu plus de 132 000 se sont avérés positifs. L'activité de dépistage des services de police et de gendarmerie a fait plus que doubler depuis 1988.

Dans le domaine judiciaire, la conduite en état alcoolique a représenté un quart de l'activité des tribunaux correctionnels, mobilisant ainsi de façon importante l'appareil judiciaire.

Les dépenses liées à la politique de lutte contre l'alcoolisme

Comme pour les drogues illicites on se limitera ici aux dépenses directement liées à la politique de lutte contre l'alcoolisme. Ces dépenses devraient comprendre les crédits spécifiques du budget de l'État et des organismes sociaux consacrés à la lutte contre l'alcoolisme en matière de traitement et de prévention sanitaire et sociale et d'application de la loi. Dans le domaine sanitaire ne sont prises en compte que les dépenses de soins liées à la prise en charge des malades alcooliques en tant que tels. Le coût global de l'alcoolisme, qui comprend le coût de la morbidité et de la mortalité indirecte lié à l'alcoolisme, ainsi que le coût de la délinquance induite, a été estimé entre 100 et 200 milliards de francs en 1987 par le Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme. Une nouvelle évaluation de ce montant est en cours au moment où ce rapport est publié.

Nombre de contrôle d'alcoolémie et condamnations pour conduite en état alcoolique

	1988	1990	1992	1994	1996
Nombre de dépistages pratiqués (1)	3 234 997	4 868 579	6 615 717	8 105 975	7 990 692
Nombre de dépistages positifs (1)	111 510	116 613	119 601	129 910	132 283
Condamnations pour délits de conduite en état alcoolique (2)	86 022	94 812	101 469	102 914	97 259

Source (1) : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Bilan Annuel, 1997
Source (2) : SDESD, ministère de la Justice

– Les crédits spécifiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité consacrés à la lutte contre l'alcoolisme.

Les subventions versées par l'État au titre du chapitre 47-17 de l'article 20 s'élevaient à 168 millions de francs en 1997 et représentaient en moyenne près de 69 % du financement du dispositif spécialisé. Les crédits spécifiques consacrés à la lutte contre l'alcoolisme s'élevaient à environ 180 millions de francs en 1998.

– Les dépenses à la charge de la Sécurité sociale

Dans l'enquête⁵⁴ du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), le coût annuel de l'hospitalisation pour alcoolisme était évalué à 6,4 milliards de francs en 1991. Les dépenses de médecine ambulatoire spécifiquement consacrées au traitement de l'alcoolisme sont par contre difficiles à estimer.

On peut enfin mentionner les dépenses liées aux « postcures » soit 150 millions de francs pour 21 établissements de postcure et celles des établissements de réinsertion soit 80 millions de francs⁵⁵. Le remboursement de ces dépenses est pris en charge par l'assurance maladie.

Coût direct et indirect de l'alcoolisme

Le rapport Reynaud-Parquet⁵⁶ a tenté de chiffrer le coût hospitalier lié à l'alcoolisme en se basant sur des estimations des proportions de cas attribuables à l'alcoolisme pour chaque pathologie où intervient l'alcoolisme, directement, ou comme facteur de risque. Deux hypothèses sont utilisées pour le calcul des proportions de risques attribuables : une prévalence de l'alcoolisme dans la population générale de 10 % et une de 15 %. En appliquant les proportions de cas attribuable au coût total de chacune des pathologies recensées (ambulatoire et hôpital) on obtient le coût médical global attribuable à l'alcoolisme. En 1996, il serait, d'après les calculs, de 14 milliards pour une prévalence de l'alcoolisme de 10 % et de 16 milliards pour une prévalence de l'alcoolisme de 15 %. Le coût des pathologies liées directement à l'alcoolisme (alcoolisme et psychose alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aérodigestives) étaient d'un peu moins de 7 milliards. Le coût des pathologies pour lesquelles l'alcoolisme n'est qu'un facteur de risque variait entre 7,5 et 9,5 milliards.

Le coût à la charge de la Sécurité sociale est un peu plus faible que ces 14 à 16 milliards, une partie de cette dépense étant financée directement par les malades.

Les traumatismes liés à des accidents impliquant l'alcoolisme n'ont pas pu être valorisés faute d'informations sur les coûts médicaux correspondants.

Comme toute étude économique de ce type, cette évaluation repose sur un certain nombre d'hypothèses et ne constitue qu'un essai d'appréciation d'un ordre de grandeur.

⁵⁴ COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés, CREDES, 1997.

⁵⁵ REYNAUD M., PARQUET PH.J., op.cit. p. 54.

⁵⁶ REYNAUD M., PARQUET PH.J., op.cit. p. 54.

⁵³ ROUSSEAU GIRAL (A.-C.), BONO (R.), REMY (P.-L.), Rapport d'audit du dispositif français de lutte contre l'alcoolisme, Inspection générale des affaires sociales, IGAS, cité par REYNAUD M., PARQUET PH.J.: Evaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool, Rapport de la mission, Direction générale de la santé, Direction des Hôpitaux, novembre 1997.

Le tabac

Parallèlement à l'adoption et la mise en oeuvre de la loi Évin, les pouvoirs publics ont mené une politique d'augmentation du prix du tabac qui ont pratiquement doublé entre 1991 et 1996 (Cf. la section sur la consommation de tabac chez les adultes). L'action des pouvoirs publics a également porté sur la prévention au travers de campagnes de communication. A la fin du mois de mai 1999, le gouvernement a adopté un plan de lutte contre le tabagisme qui poursuit le programme de prévention initié en 1997 et prévoit un certain nombre de mesures d'aide au sevrage.

Le plan de communication du CFES pour les années 1997-1999 a pris comme axe l'arrêt du tabac. La campagne de communication de 1997 posait la question « la vie sans tabac vous commencez quand ? ». La campagne s'est poursuivie en 1998 avec pour objectif d'aider les consommateurs à trouver le moyen de répondre à la question posée. Les spots publicitaires ont fait apparaître le numéro d'une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac « Tabac Info Service » (08 03 30 93 10), ouverte en septembre 1998 à l'initiative de la CNAMTS. Trois types de prestation étaient proposés par ce service téléphonique : 1- des réponses immédiates, validées par des experts, pour les questions répertoriées dans une liste de questions-réponses, 2- une proposition d'envoi d'un guide d'aide à l'arrêt du tabac, 3- un renvoi à un interlocuteur spécialiste du sevrage. La ligne a enregistré environ 1 500 appels par semaine dont 1 000 ont pu être traités. 90 % des appelants étaient fumeurs et la moitié désiraient s'informer sur les produits et les méthodes permettant de s'arrêter de fumer. Cette ligne, interrompue à la fin du mois de décembre 1998, a été rétablie au mois de mai 1999⁵⁷.

En 1999, la campagne de communication a visé à lever les freins à l'arrêt du tabac chez le fumeur qui songe à cesser sa consommation et à accompagner ceux qui sont déjà engagés dans cette démarche. Des actions ciblées ont été également prévues : en direction des enfants et des préadolescents pour prévenir l'entrée dans la consommation du tabac ; en direction des adolescents, par la valorisation d'un contre modèle ; en direction des femmes dont la proportion dans la population de fumeurs ne cesse d'augmenter.

Le plan de lutte contre le tabagisme de 1999 comporte des dispositions d'aide au sevrage. Toute la gamme de substituts nicotiniques disponibles sur le marché doit être mise en vente libre dans les pharmacies au début de l'année 2000. En outre, un effort particulier est engagé pour l'aide au sevrage des personnes en situation de précarité qui pourront accéder gratuitement à ces médicaments dans le cadre d'une prise en charge médicale dans les Centres d'examen de santé et les Centres de consultation ambulatoire en alcoologie. Les substituts nicotiniques pourront également être délivrés aux fumeurs hospitalisés.

Il existe à l'heure actuelle une cinquantaine de centres d'aide au sevrage tabagique qui prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une pathologie liée au tabac. Le plan de 1999 prévoit la création de 150 nouveaux centres en 2000.

Des programmes de formation pour les professionnels de la santé et de l'enseignement doivent être mis en place et des outils spécifiques (aide au dialogue, dossier standardisé de suivi des patients, coffret pédagogique) mis à leur disposition. Un dispositif particulier est prévu pour les femmes et les femmes enceintes. La formation des sages-femmes sur les effets du tabac sur la grossesse et la santé du nourrisson, le dépistage et le sevrage des fumeuses sera renforcée. Un nouvel entretien individuel réalisé en début de grossesse permettra, entre autres, de rappeler les dangers du tabac et d'encourager les femmes enceintes à arrêter de fumer. Un document de sensibilisation à la question du tabac sera adressé à l'ensemble des gynécologues obstétriciens.

On mentionnera enfin, outre la réouverture de la ligne Tabac Info Service, la création d'un site internet consacré au tabac en liaison avec l'Office français du tabagisme, la poursuite du 3615 Tabac Info et la réédition du guide d'aide à l'arrêt du tabac dont la diffusion est assurée par les réseaux du Centre français d'éducation pour la santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de Tabac Info Service.

INDICATEURS

- Les consommations de drogues en France
- Usagers de drogues et institutions
- Offre de stupéfiants
- Les drogues illicites dans les départements français et dans les pays de l'Union européenne

⁵⁷ VELTER (A.), ARWIDSON (P.), Une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac : Tabac Info Service, in Les dossiers de la santé de l'homme n° 38, Arrêt du tabac, les méthodes qui marchent, CFES, décembre 1998.

LES CONSOMMATIONS DE DROGUES EN FRANCE

La mesure de l'ampleur des consommations de drogues

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

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

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

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

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

Les indicateurs disponibles, parfois, peuvent néanmoins s'écarter quelque peu de ces catégories (voir ci-dessous). La quatrième catégorie est la plus délicate à définir. Elle renvoie à la fois aux définitions de l'usage nocif et de la dépendance, tout en étant construite de façon très pragmatique (possibilité d'une mesure) et subjective (par exemple, le seuil de 10 cigarettes par jour pour le tabac). En conséquence, les comparaisons entre produits sont très difficiles pour cette dernière catégorie.

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

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

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

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

Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France

Types de consommateur	Alcool	Tabac	Médicaments Psychoactifs	Drogues illicites	
				Total	dont cannabis
> expérimentateurs	46 millions	32 millions	///	7,1 millions	6,8 millions
> occasionnels	44 millions	16 millions	///	2,2 millions	2,2 millions
> réguliers	10 millions	15 millions	5,4 millions	///	///
> « à problèmes »	3,3 millions	10 millions	///	142 à 176 000	///

→ expérimentateurs	alcool	au moins 1 fois dans la vie
	tabac	au moins 1 fois dans la vie
	médicaments	au moins 1 fois dans la vie
	drogues illicites	au moins 1 fois dans la vie
→ occasionnels	alcool	au moins 1 fois dans l'année
	tabac	se déclarent fumeurs
	drogues illicites	au moins 1 fois dans l'année
→ réguliers	alcool	au moins 1 verre la veille
	tabac	au moins 1 cigarette par jour
	médicaments	consommation régulière pendant au moins six mois dans l'année
→ « à problèmes »	alcool	test Deta (voir « repères méthodologiques » de la partie alcool)
	tabac	au moins 10 cigarettes par jour
	drogues illicites	usagers d'opiacés (voir la fiche suivante)

Source : OFDT

Note : population française en France métropolitaine : 58 millions (source : INSEE, 1996)

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

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

Repères méthodologiques

Les différentes sources utilisées sont, par produit, les suivantes :

Alcool	Baromètre Santé adultes 95/96, CFES Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES
Tabac	Baromètre Santé adultes 95/96, CFES Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES Enquête conditions de vie des ménages, INSEE
Médicaments	Baromètre Santé adultes 95/96, CFES Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES Enquête Santé 91/92, INSEE, CREDES, SESI
Drogues illicites	Baromètre Santé adultes 95/96, CFES Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES

Certaines données absentes pour certains groupes d'âges ont été extrapolées.
(Pour la description des sources, voir chapitres suivants).

La consommation de drogues illicites chez les adultes

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

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

Par ailleurs, ces enquêtes, conduites dans le meilleur des cas, en France, sur des échantillons d'environ 2 000 personnes, rendent difficilement compte des consommations très minoritaires relativement à l'ensemble de la population française. L'usage de cannabis dans l'année est suffisamment important pour être appréhendé par ces enquêtes mais ce n'est pas le cas des produits comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy. Lorsque le nombre d'individus de l'échantillon se déclarant consommateurs de ces drogues dans l'année devient trop faible, il n'est plus possible de tirer des conclusions statistiquement significatives sur le niveau de consommation de ces produits dans l'ensemble de la population. Enfin, les populations marginalisées, qui occupent vraisemblablement une place non négligeable parmi les consommateurs de drogues, échappent aux dispositifs classiques d'enquête par téléphone ou au domicile des personnes. C'est pourquoi l'estimation du nombre de consommateurs d'opiacés ou de cocaïne doit reposer sur d'autres méthodes.

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

Mesure de la consommation déclarée

En 1995, 15,8 % (1) des individus de 18 à 75 ans déclarent avoir déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie et 4,4 % (1) au cours des 12 derniers mois.

Cette consommation déclarée de drogues illicites porte presque uniquement sur le cannabis et concerne surtout les moins de 45 ans. C'est pourquoi il a paru plus intéressant de rapporter les consommations déclarées à la population des 18-44 ans afin de présenter les chiffres sur les différentes substances. En 1995, environ un quart de cette population a déjà expérimenté le cannabis et 7,7 % en font un usage plus courant, occasionnel ou régulier (voir tableau). Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis apparaissent assez marginales, même chez les 18-44 ans.

Les substances les plus rares n'apparaissent pas dans le tableau, soit parce qu'elles n'étaient pas proposées parmi les réponses (par exemple, le crack) soit parce qu'elles sont englobées dans une rubrique plus large (par exemple, le LSD dans les hallucinogènes).

Les enquêtes (2) menées auprès des appelés dans les centres de sélection montrent qu'une proportion importante de jeunes hommes de 18 à 23 ans est concernée par la consommation de drogues. Si le cannabis reste la substance la plus consommée, l'enquête de 1996 fait apparaître un taux important d'usage d'ecstasy au cours de la vie.

Des tests biologiques ont permis d'étudier la concordance, dans cette enquête, entre les déclarations et la consommation

Prévalences déclarées de la consommation de drogues illicites parmi les adultes âgés de 18 à 44 ans

Produits	Au cours de la vie	Au cours de l'année
Cannabis	24,3 % [21,8-26,8]	7,5 % [6,0-9,0]
Cocaïne	1,7 % [1,0-2,4]	ns
Héroïne	0,5 % [0,1-0,9]	ns
Ecstasy et amphétamines	1,1 % [0,5-1,7]	ns
Hallucinogènes	2,4 % [1,5-3,3]	ns
Médicaments	1,5 % [0,8-2,2]	ns
Produits à inhaler	1,5 % [0,8-2,2]	ns
Autres drogues	ns	ns
Toutes substances	25,1 % [22,6-27,6]	7,7 % [6,2-9,2]

Source : Baromètre Santé adultes 95/96, CFES.

Nota : Les chiffres entre crochets donnent l'intervalle de confiance de chaque pourcentage. Pour le cannabis, par exemple, ils montrent qu'il existe 95 % de chances que la proportion d'adultes de 18 à 44 ans déclarant avoir consommé du cannabis au cours de leur vie se situe entre 21,8 % et 26,8 %.

ns : non significativement différent de 0.

réelle du cannabis. Pour la consommation déclarée au cours du mois passé, une sous-déclaration a été repérée dans 40 % des cas et une surdéclaration dans 50 % des cas (individus déclarant consommer alors que leurs tests sont négatifs). Cette caractéristique est vraisemblablement due au contexte particulier des journées de sélection au cours desquelles certains cherchent à cacher leur consommation tandis que d'autres s'en inventent une pour tenter de se faire réformer. Au total, la surdéclaration faisant plus que compenser la sous-déclaration, on obtient un chiffre légèrement surestimé. Le taux de sous-déclaration constaté ne peut cependant pas être généralisé.

Prévalences déclarées des consommations de drogues illicites chez les 18-23 ans convoqués en centre de sélection du service national en 1996

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

Source : DCSSA

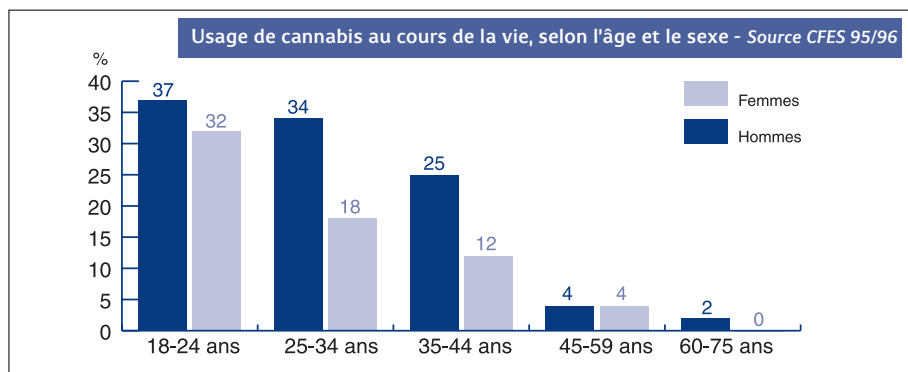
Evolution de la consommation déclarée

D'après les enquêtes Baromètres Santé adultes, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative entre 1992 et 1995. Une enquête en milieu étudiant (n = 500) réalisée en 1978 puis en 1998 (3) confirme cette évolution. Les résultats montrent que la consommation au cours de la vie a plus que doublé sur cette période passant de 25 % à 53 %. Parmi les différents profils de consommation, l'expérimentation reste stable à 13 %, l'usage occasionnel passe de 11 % à 29 % et l'usage régulier de 2 % à 11 %. On retrouve également cette tendance à l'augmentation de la consommation déclarée dans le Baromètre Santé jeunes 1998 (cf. la partie sur la consommation des jeunes). Toutes ces enquêtes tendent à confirmer les observations faites sur le terrain : l'usage du cannabis se banalise. L'enquête menée auprès des appelés permet de conclure à une augmentation de la consommation récente d'ecstasy

entre 1995 et 1996 (1,2 % vs 0,5 %, $p < 0,0002$).

Facteurs discriminants de la consommation

L'usage de cannabis au cours de la vie est fortement lié à l'âge et au sexe, les plus jeunes et les hommes se déclarant plus souvent consommateurs de drogues illicites que les personnes plus âgées et que les femmes. Il est à noter, cependant, que l'écart entre hommes et femmes est assez faible pour les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans.



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

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

La précédente estimation, publiée dans l'édition 1996, reposait sur une méthode démographique utilisant les données sur les recours aux soins de 1993. Elle ciblait le nombre d'héromanques en donnant une estimation qui, sans pouvoir être datée précisément, était applicable à la première moitié des années 1990.

La nouvelle estimation, présentée ici, est le résultat d'un travail entrepris à un niveau européen. Les différentes méthodes utilisées dans l'Union européenne ont été analysées par un groupe d'experts auquel l'OFDT s'est joint. Elles ont été ensuite appliquées et commentées. Le rapport du groupe européen est en cours de publication. Cet exercice a permis, en France, d'appliquer quatre méthodes différentes et d'aboutir ainsi à une fourchette d'estimation.

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

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

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

Méthode	Nombre d'usagers d'opiacés « à problèmes »
Extrapolation des données de police	164 000
Démographie multiplicative	176 000
Extrapolation des données de traitement	156 000
Rétro calcul sur les données de Sida	142 000 - 176 000

Source : OFDT

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

Repères méthodologiques

➔ (1) Baromètre Santé adultes 95/96, CFES.

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

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

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

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

➔ (3) Enquête « Une génération d'étudiant », l'Etudiant, 1998.

Cette enquête en face à face menée en juin 1998 repose sur un échantillon par quotas de 500 individus représentatifs de la population étudiante par filière, cycles et académies. Elle concerne les modes de vie des étudiants ; les résultats sont comparés avec une enquête équivalente menée en 1978.

On recense une dizaine d'enquêtes en population générale adulte entre 1990 et 1998, mais la diversité de ces sources ne doit pas masquer la relative pauvreté de ce dispositif. D'une part, certaines d'entre elles posent très peu de questions sur l'usage de drogues, au point que la distinction entre les différentes substances n'est pas toujours faite, d'autre part, les échantillons ne permettent pas vraiment de tirer des conclusions solides. Ainsi, la plupart des échantillons sont constitués par quotas, méthode à laquelle échappent certaines catégories d'individus, en particulier les personnes fréquemment absentes de leur domicile, ce qui, en l'occurrence, nuit à la représentativité du sondage. La majorité de ces enquêtes porte sur environ 1 000 individus, ce qui implique une précision médiocre dans les résultats, en particulier lorsque les pourcentages sont très faibles, ce qui est le cas pour toutes les substances autres que le cannabis. L'examen de ces différentes enquêtes montrent qu'il convient d'être très attentif à la méthodologie de l'enquête avant d'adopter les chiffres qui en sont tirés.

Enquêtes sur la consommation de cannabis chez les adultes âgées de 18 à 44 ans (France)

Enquêtes	taille	méthode	collecte	au cours de la vie	au cours de l'année
IFOP-CFES 1990	1 004	quotas	Face à face	32,3 %	-
IFOP-CFES 1991	1 028	quotas	Face à face	26,9 %	-
IFOP-CFES 1992	1 009	quotas	Face à face	26,6 %	-
ACSF ⁵⁸ 1992	20 000	Aléa ⁵⁹ . 2°	Tel (CATI ⁶⁰)	18,3 %	6,3 %
SOFRES 1992	1 167	quotas	Face à face	21,1 %	4,1 %
baromètre 1992	2 099	Aléa. 2°	Tel (CATI)	18,4 %	6,5 %
baromètre 1993	1 950	Aléa. 2°	Tel (CATI)	-	3,4 %
baromètre 1995	1 993	Aléa. 2°	Tel (CATI)	24,3 %	7,5 %
Démoscopie 95	1 000	quotas	Face à face	20,3 %	-
IFOP-CFES 1996	1 005	quotas	Téléphone	27,4 %	-
IFOP 1997	925	quotas	Téléphone	24,6 %	-
G. Ecoute 1997	1 002	quotas	Téléphone	21,2 %	6,3 %

Source : OFDT

Pour en savoir plus :

- LOUBOUTIN-CROC (J-P.), ARVERS (P.), EONO (P.), PORTRON (J-M.), SAMSON (E.), DUBIN (F.), BRODIN (C.), de CACQUERAY (L.), REY (J-L.), ABGRALL (J.), Les enquêtes de suivi épidémiologique sur les « conduites toxicophiles » dans les centres de sélection en 1996, DCSSA, in Toxibase, 4ème trimestre 1997.
- BAUDIER (F.) et ARENES (J.), Baromètre Santé adultes 95/96, éditions CFES, Paris, 1997, 288 p.
- BECK (F.), La consommation de cannabis : niveau et tendances, note OFDT, 1997.
- European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction, Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU member states, Country report : France, Final report, EMCDDA Project (CT.97.EP04), à paraître.

⁵⁸ Analyse du comportement sexuel des Français.

⁵⁹ Sondage aléatoire à 2 degrés.

⁶⁰ Computer Assisted Telephone Interview.

La consommation d'alcool chez les adultes

Deux types de donnée permettent d'observer la consommation d'alcool : les quantités d'alcool vendues et les réponses des personnes interrogées sur leur consommation. Les premières, calculées à partir de données fiscales (voir repères méthodologiques), rendent possible l'estimation des quantités moyennes d'alcool pur consommées par habitant et permettent de suivre l'évolution de cette consommation dans le temps. Ces chiffres ne donnent, en revanche, aucune information sur la répartition du volume global consommé entre les personnes qui boivent exceptionnellement, celles qui boivent régulièrement et celles qui abusent ou sont dépendantes de l'alcool.

Avec les données d'enquête, il est possible de mieux cerner et de différencier les comportements de consommation. Cependant, la diversité des boissons alcoolisées rend l'observation assez difficile. La notion de verre d'alcool bu est très subjective et peut correspondre à des quantités d'alcool pur très variables. Il ne faut pas perdre de vue également que les données fournies ne reflètent que les déclarations des personnes interrogées. Aux difficultés de mémorisation des consommations passées s'ajoutent les effets des représentations de l'alcool et de l'alcoolisme sur les déclarations. Consciemment ou inconsciemment, les personnes interrogées sont susceptibles de minimiser leur consommation. Dans toutes les enquêtes, la consommation déclarée est inférieure de 25 à 50 % aux quantités vendues par habitant.

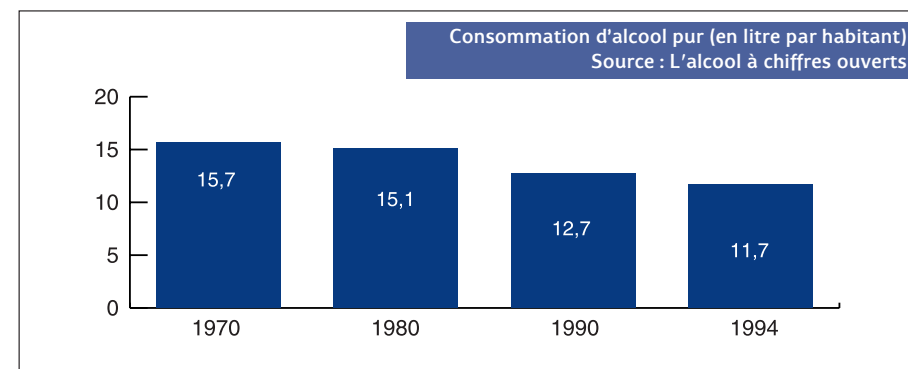
Mesure de la consommation à partir des données de ventes

En 1994, la consommation annuelle estimée d'alcool pur par habitant (tous âges confondus) était de 11,7 litres contre 15,7 litres en 1970. La baisse de la consommation globale d'alcool pur a été rapide entre 1980 et 1990 et semble s'être ralentie au cours des années 1990 (1).

Entre 1994 et 1996, selon les séries calculées par l'INSEE, la consommation d'alcool pur semble avoir continué à décroître, mais de façon très faible. Compte tenu de certaines approximations utilisées dans le calcul, il faut cependant considérer avec prudence ces données.

L'alcool est à 62 % consommé sous forme de vin, et dans une bien moindre proportion de spiritueux (18 %) et de bière (15 %). La structure par produits de la consommation a connu une évolution notable, la part du vin ayant régressé de 13 points depuis 1970 au profit des spiritueux et de la bière, qui augmentent leur part respective de 8 et 4 points.

En ce qui concerne les vins, les consommateurs se sont orientés vers les vins de qualité supérieure (AOC et VDQS), dont la



consommation a été multipliée par deux entre 1970 et 1994, alors que celle des vins de table a été divisée par un peu plus de deux. Au niveau des spiritueux, on observe une diminution de la consommation de rhum et d'eau-de-vie (cognac, armagnac, calvados) et une forte augmentation de la consommation de whisky, gin et vodka.

Mesure de la consommation déclarée

Niveau de la consommation déclarée

La boisson alcoolisée est un produit expérimenté par la quasi-totalité des Français. En 1996, environ 95 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool dans leur vie, 91 % au moins une fois au cours de l'année (3). Ils sont encore 71 % à dire avoir consommé de l'alcool dans la semaine écoulée en 1996. Dans une enquête de 1998, cette proportion atteint 78 % chez les plus de 25 ans (2).

Environ un Français sur deux affirme avoir consommé de l'alcool la veille. Un peu plus d'un Français sur cinq déclare consommer de l'alcool tous les jours. Une consommation d'alcool la veille de l'enquête était déclarée par 39 à 45 % des Français de 18 à 75 ans selon les enquêtes menées en 1995 et 1996 (3,4), et par 54 % des 15-65 ans dans une enquête effectuée en 1998 (2). L'évolution des chiffres entre 1995 et 1998 ne peut s'interpréter sans précautions comme une modification des comportements, les différentes enquêtes citées n'étant pas identiques.

Une consommation quotidienne au cours des sept jours écoulés est déclarée par près de 23 % de l'échantillon en 1995 et 1996 (4). Dans l'enquête sur la consommation de vin de 1996, on trouvait une même proportion de 23 % des 15 ans et plus affirmant avoir consommé du vin tous les jours (5).

En 1998, parmi les personnes âgées de 15 à 65 ans, environ une personne sur cinq (22 %) déclarait au moins un épisode d'ivresse dans les douze derniers mois et 12 % reconnaissaient avoir conduit au moins une fois en état d'ivresse (2). Il s'agit pour ces deux questions d'une évaluation très subjective, le concept d'ivresse n'étant pas défini dans l'enquête de manière précise.

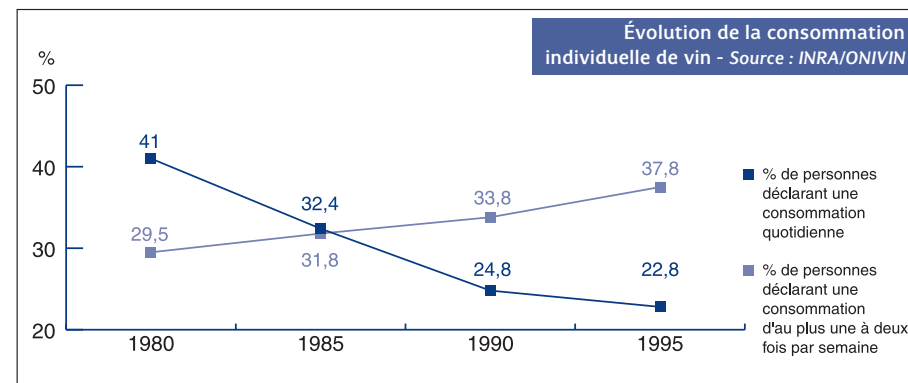
Le pourcentage de personnes faisant un usage nocif de l'alcool (au moins cinq verres par jour) était estimé à 10 % de la population des plus de 18 ans en 1991 et 1992 (6). 8 % de la population des 18-75 ans présentaient un risque d'alcoolodépendance en 1995 et 1996 (3). Le nombre de consommateurs dépendants n'est pas connu en tant que tel. Une série de quatre questions posées dans le Baromètre Santé (test Deta) permet cependant de décélérer, suivant les réponses, les consommateurs à haut risque d'alcoolodépendance (cf. repères méthodologiques).

Évolution

On dispose de peu de données récentes permettant des comparaisons sur de longues périodes.

Les enquêtes INRA/ONIVIN sur la consommation de vin font apparaître une diminution de 41 % à 23 % de la proportion des plus de 15 ans déclarant avoir consommé du vin tous les jours entre 1980 et 1995. En revanche, la proportion de consommateurs occasionnels a augmenté de 30 à 38 %.

Le nombre de personnes déclarant avoir conduit au moins une fois en état d'ivresse au cours des douze derniers mois est passé de 14 à 18 % entre 1993 et 1995 (4). Il s'agit ici aussi d'une même enquête, répétée à deux ans d'intervalle. Cette différence est statistiquement significative. L'évolution est particulièrement forte pour les 25-34 ans, le pourcentage passant alors de 17 à 27 %.



Facteurs discriminants de la consommation d'alcool déclarée

Les consommateurs d'alcool sont majoritairement des hommes. La proportion des personnes déclarant une consommation d'alcool la veille se situe, selon les enquêtes, entre 53 et 60 % chez les hommes, contre 25 et 45 % chez les femmes. Les hommes représentent 75 % des consommateurs quotidiens de l'enquête du Baromètre Santé 1995. Les quantités bues déclarées étaient de 3,2 à 3,8 verres la veille pour les hommes contre 2 à 2,1 verres chez les femmes (3, 4).

D'après le test Deta mentionné plus haut, près de 14 % des hommes peuvent être considérés comme consommateurs à risque contre 3 % des femmes (4).

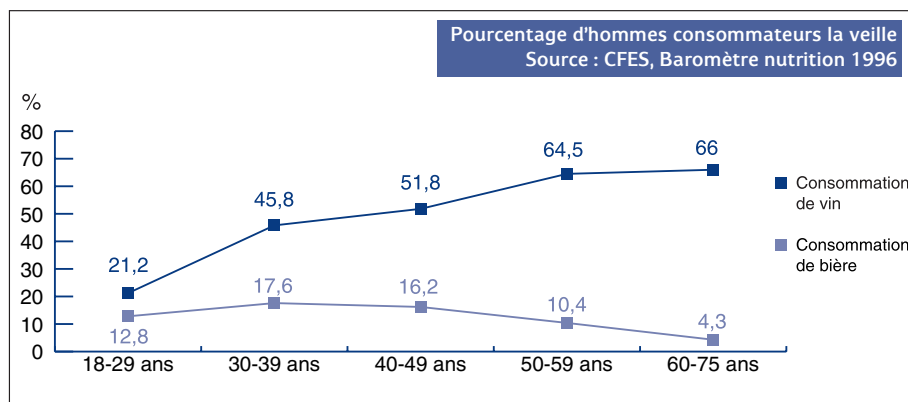
Les trois quarts des personnes ayant déclaré une ivresse au cours des douze derniers mois, ainsi que 80 % des personnes reconnaissant avoir conduit en état d'ivresse sont des hommes (4).

La proportion de consommateurs de vin augmente avec l'âge. Pour les autres alcools, cette proportion a tendance à décroître après 35-40 ans. Les consommateurs à risque de dépendance seraient plus fréquemment assez âgés (au-delà de 35 ans). Les consommations excessives se rencontrent plus fréquemment chez les jeunes. Les hommes de 18 à 29 ans sont 21 % à dire avoir consommé du vin la veille, proportion qui atteint environ 46 % pour les trentenaires et 64 % pour les quinquagénaires (3). On observe un profil similaire chez les femmes, celles-ci restant, à tous âges, bien moins consommatrices que les hommes. Parmi les consommateurs à risques, les hommes de 35-54 ans sont les plus représentés (4).

Les comportements d'ivresse sont plus fréquents chez les jeunes (36 % des 18-29 ans contre 8 % pour le reste de la population). Il en va de même pour la conduite en état d'ivresse (52 % des déclarants ont moins de 35 ans) (4).

L'évolution de la consommation selon l'âge peut non seulement traduire des modifications de comportements des individus au cours de leur vie, mais également des changements générationnels. L'habitude de boire du vin quotidiennement, considérée comme normale à une époque, même chez les jeunes, a régressé dans les générations suivantes.

La proportion déclarée de consommateurs réguliers (ayant consommé la veille) varie assez peu en fonction du niveau de revenu et d'étude chez les hommes (3). Chez les femmes, en revanche, niveau de revenu et de consommation d'alcool semblent très liés. Pour les deux sexes confondus, les personnes en milieu rural sont néanmoins un peu plus nombreuses à déclarer une consommation quotidienne (32 % contre 24 % chez les autres), tout comme les ouvriers de profession ou ex-ouvriers (37 % contre 23 %) (4).



Les femmes déclarent consommer d'autant plus d'alcool que leur niveau de revenu s'élève ; cette relation peut s'observer pour les trois grandes catégories de boissons alcoolisées (vin, bière et autre).

La consommation d'alcool déclarée ne varie pas beaucoup suivant les régions. Les déclarations de consommation d'alcool ne confirment pas les représentations traditionnelles de certaines régions comme fortement consommatrices (Bretagne, Nord). La taille limitée des effectifs par région dans l'échantillon incite cependant à considérer ce résultat avec une certaine prudence.

Dans l'enquête Baromètre Santé 1995/1996, les consommations déclarées de vin se répartissent de façon assez homogène sur le territoire français. En revanche, l'enquête INRA/ONIVINS fait apparaître, à la même date, quelques différences, avec des consommations régulières de vin moins fréquentes et/ou plus d'abstinents dans le Nord, la Picardie et la Normandie que l'on peut opposer à des régions situées plus au sud comme la Bourgogne, le Limousin, l'Auvergne et les Midi-Pyrénées. Les buveurs de bière se rencontrent plus fréquemment, selon le Baromètre Santé 1995/1996, dans le Nord et la Picardie, et dans les régions du centre et de l'Ouest.

Cette relative homogénéité de la consommation déclarée paraît contradictoire avec les données sur les dépenses des ménages consacrées à l'achat de boissons alcoolisées. En effet, en 1995, elles étaient nettement plus élevées dans le Nord pour le vin, les apéritifs eau-de-vie et liqueurs et la bière que dans la plupart des autres régions. D'autres indicateurs, comme la mortalité liée à l'alcoolisme ou le taux de contrôles positifs de l'alcoolémie présentent également de fortes disparités régionales.

Les consommations associées

Les quantités bues ainsi que la fréquence de l'ivresse déclarée ont tendance à être plus importantes chez les personnes consommant du tabac ou des drogues illicites. Les fumeurs déclarent 3,4 verres la veille contre 2,4 pour les non-fumeurs (4). Ces valeurs sont respectivement de 3,5 et 2,6 pour les consommateurs et non-consommateurs de drogues illicites au cours de l'année (4). Pour l'ivresse, on trouve 30 % des fumeurs disant avoir été ivres au cours de l'année contre 8 % des non-fumeurs et 47 % ayant consommé une drogue contre 10 % pour les autres (4). Il ne s'agit ici que d'observer une liaison statistique significative, la question du lien de causalité entre ces différents comportements restant ouverte.

Repères méthodologiques

➔ (1) Détermination des quantités d'alcool pur consommées par habitant.

Les différentes boissons alcoolisées sont soumises à taxation et le recouvrement de ces droits donne lieu à l'établissement de statistiques qui permettent de suivre de façon satisfaisante l'évolution de la consommation des différentes boissons alcoolisées, en distinguant les quantités destinées au marché intérieur de celles qui sont exportées. Des données sur les degrés d'alcool moyen par types de produit permettent de calculer un équivalent en alcool pur de toutes les boissons alcoolisées. L'autoconsommation, non taxée, est évaluée par les services fiscaux à partir des bilans à la propriété. La seule source réelle d'incertitude est la part de la production achetée dans les commerces de détails français par des étrangers (cas des Britanniques venant faire leur achat en France, les taxes sur les alcools étant plus faibles ici qu'en Grande-Bretagne). La marge d'erreur possible reste faible.

➔ (2) Enquête alcool 09/98, IPSOS, CNAMTS, CFES.

Cette enquête par quota menée auprès de 1 500 personnes a été effectuée dans le but de préparer la campagne de prévention de l'abus d'alcool lancée en novembre 98.

➔ (3) Baromètre Nutrition adultes 96, CFES.

Cette étude a été menée avec une méthodologie très proche de celle du Baromètre Santé. L'enquête a été réalisée un mois plus tard, entre janvier et février 1996, par téléphone, auprès d'un échantillon national de 1 984 individus parlant français. Le questionnaire portait essentiellement sur un rappel très précis des consommations des dernières 24 heures, les différents aliments étant saisis en clair. Grâce à un contexte d'aide importante à la mémorisation et à l'environnement alimentaire, moins culpabilisant que celui de la santé, les chiffres de consommation sont généralement supérieurs à ceux du Baromètre Santé.

➔ (4) Baromètre Santé adultes 95/96, CFES.

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

Une série de quatre questions permet de repérer les consommateurs d'alcool à risque : 1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? 2 - Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? 3 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? 4 - Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Une personne est considérée à risque lorsqu'elle donne au moins deux réponses positives à ces quatre questions. Les vérifications auprès des populations, dont il était possible de connaître les habitudes réelles de consommation d'alcool, ont montré la bonne capacité de prédiction des profils à risque de ce test.

➔ (5) Enquêtes INRA/ONIVINS.

Il s'agit d'enquêtes quinquennales sur la consommation de vin réalisées sur des échantillons représentatifs de la population française de 4 000 personnes âgées de 15 ans ou plus.

➔ (6) Enquête santé 1991-1992 INSEE, CREDES, SESI.

Enquête auprès des plus de 18 ans issus d'un échantillon de 10 000 ménages environ, dans toute la France, représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires (maisons de retraite exclues). Chacun des ménages est suivi pendant 3 mois au cours desquels, toutes les semaines, il est interrogé par l'enquêteur sur sa consommation médicale. L'enquête repose sur l'emploi combiné de l'interview et du carnet de comptes.

Pour en savoir plus :

- GOT (C.), WEILL (J.) (direction), *L'alcool à chiffres ouverts*, Seli Arslan, Paris, 1997, 350 p.
- GUIGNON (N.), *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*, Solidarité santé n°1 : Les Français et leur santé, Paris, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1994.
- IREB, *Facteurs prédictifs du niveau d'alcoolisation des Français, Enquête décennale d'une cohorte de jeunes*, Paris, 1996.
- BAUDIER (F.) et ARENES (J.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Paris, éditions CFES, 1997, 288 p.
- BAUDIER (F.), ROTILY (M.), LE BIHAN (G.), JANVRIN (M-P.) et MICHAUD (C.), *Baromètre Santé Nutrition 1996 adultes*, Paris, éditions CFES, 1997, 179 p.
- CLEMENT (L.), DESTANDAU (S.), ENEAU (D.), *Le budget des ménages en 1995, INSEE résultat n°550*, 1997, 118 p.

La consommation de tabac chez les adultes

Les données sur les volumes de tabac vendus donnent une image assez précise du niveau global de la consommation. Les ventes illégales, sans doute en augmentation, ne représenteraient pour l'instant pas plus de 3 % de la consommation de tabac en France.

Les enquêtes en population générale permettent d'obtenir des informations sur la consommation de tabac déclarée. Elles sont soit centrées sur le thème de la santé (Baromètre Santé du CFES), soit sur celui de la consommation et des conditions de vie (Enquête conditions de vie des ménages de l'INSEE). Cet usage est moins délicat à observer que celui des psychoactifs illicites, car il est moins stigmatisé. On peut donc considérer que les déclarations au cours d'enquêtes sont sans doute de meilleures estimations de la réalité de la consommation que pour les drogues illicites et l'alcool.

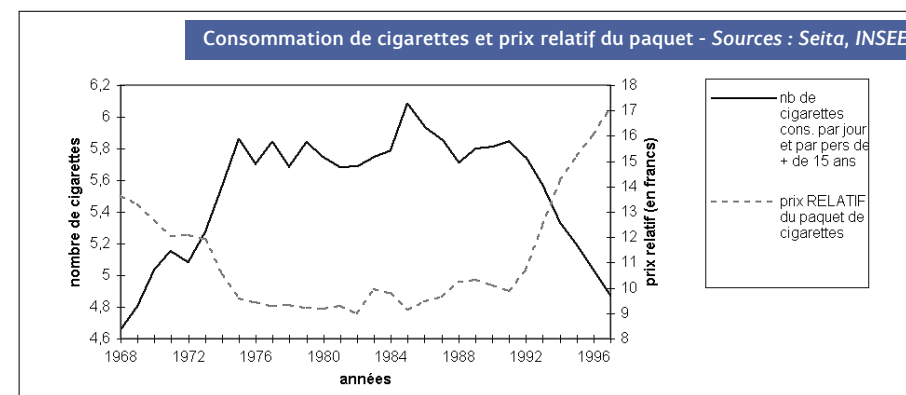
Le fumeur régulier est défini comme une personne fumant au moins une cigarette par jour.

Mesure de la consommation à partir des données de vente

Depuis 1993, les ventes de cigarettes sont en régression, avec 83 milliards de cigarettes vendues en 1997 contre 93 milliards en 1993. La part des cigarettes représente 86 % dans l'ensemble des quantités de tabac consommé, auquel il faut ajouter le tabac à rouler qui équivalait à 7,3 milliards de cigarettes, ainsi que 1,5 milliard de cigares. Le tabac blond domine largement le marché des cigarettes avec 68 % des ventes. Les cigarettes légères, qui représentaient 7 % des ventes en 1980, ont connu une forte hausse de part de marché, qui s'élevait à 36 % en 1997.

La diminution des ventes semble être fortement liée à l'action des pouvoirs publics. Avec la mise en place de la loi Évin en 1991, les pouvoirs publics se sont efforcés de diminuer la consommation de tabac et de protéger l'ensemble de la population contre le tabagisme passif.

Les fortes augmentations des prix des cigarettes et du tabac à partir du début des années 1990, décidées par les pouvoirs publics, semblent avoir eu un impact élevé sur la consommation, comme le montre le graphique ci-dessous. On retrouve cette relation inverse entre le prix relatif⁶¹ et la consommation de tabac sur l'ensemble de la période 1968-1997.



⁶¹ Le prix relatif exprime le prix des cigarettes par rapport au niveau général des prix. Dans la période d'inflation de la fin des années 1970, le prix des cigarettes augmentait mais moins vite que le prix des autres biens. En termes relatifs, le prix des cigarettes était en diminution.

Mesure de la consommation déclarée

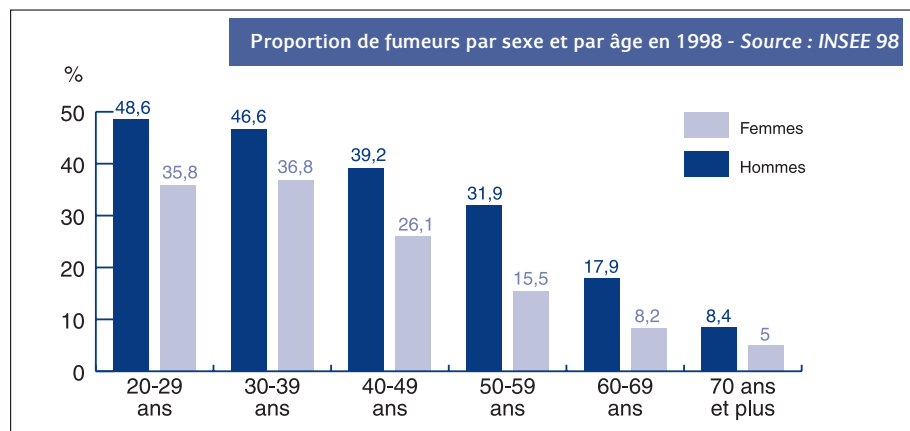
En 1998, 28 à 33 % des Français de plus de 15 ans se déclarent fumeurs selon les sources (2, 3). Dans les différentes enquêtes, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement est compris entre 13 et 19. La pipe ou le cigare sont préférés par moins de 2 % des fumeurs.

Parmi les fumeurs, 45 % consomment entre 1 et 10 cigarettes par jour et environ 4 sur 10 en fument entre 11 et 20. Une consommation supérieure à deux paquets par jour est déclarée par 1 % des fumeurs (2).

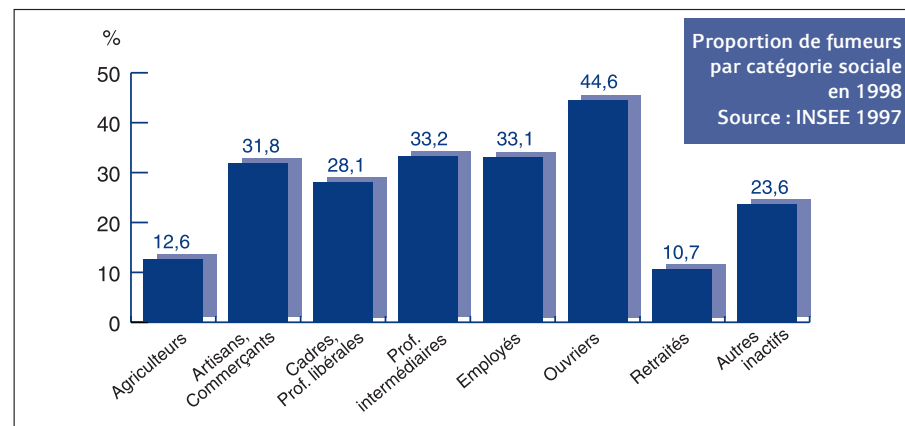
Depuis le début des années 1990, on observe une tendance globale à la baisse de la consommation, qui masque cependant une progression chez les femmes. Dans la population âgée de 18 à 75 ans, le pourcentage de fumeurs s'est maintenu autour de 40 % du milieu des années 1970 au début des années 1990. La proportion de fumeurs a depuis sensiblement diminué pour représenter, en 1997, environ un tiers de la population adulte. On retrouve ici l'impact déjà mentionné de la loi Évin.

Facteurs discriminants de la consommation

Malgré la tendance à l'augmentation du nombre de fumeuses, il reste encore plus d'hommes que de femmes consommateurs de tabac. En 1998, plus d'un tiers des hommes sont fumeurs, contre une femme sur cinq (2), avec cependant une augmentation sensible de la proportion de fumeuses depuis le début des années 1980 (17 % en 1980, 20 % en 1991 et 21 % en 1998). Cette progression s'observe chez les femmes pour toutes les classes d'âges. Les écarts entre hommes et femmes sont plus importants dans les tranches d'âge plus élevées, ce qui confirme une tendance au rapprochement des comportements des deux sexes.



Avec plus de 40 % de fumeurs, les chômeurs constituent le groupe le plus fortement consommateur de tabac (1). Parmi les hommes en activité en 1998, les ouvriers se révèlent être les plus grands fumeurs (3). Les activités de bureau sont des terrains plus propices au tabagisme chez les femmes (31 % des femmes ayant une profession intermédiaire et 29 % des employées contre 25 % des ouvrières et 11 % des agricultrices (1)). Les femmes cadres se différencient fortement des autres catégories, avec une proportion de fumeuses en diminution, chutant de 27 % en 1991 à 19 % en 1996 (1).



L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme quotidien, qui est en 1995 de 19 ans et demi, est identique pour les hommes et les femmes (1). Les personnes qui déclarent consommer des quantités relativement faibles (moins de 10 cigarettes par jour) disent avoir commencé à fumer plus tard que les gros fumeurs (20 ans et 8 mois en moyenne). Ces chiffres sont à relativiser, car il se peut qu'un effet d'oubli se manifeste, notamment chez les plus âgés.

Un peu plus de la moitié des consommateurs ont modifié ou tenté de modifier leurs comportements de consommation en 1995. Sur l'ensemble des fumeurs, 34 % ont réduit leur consommation, cette décision ne semblant pas être liée à l'âge ou au sexe. 39 % des fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer, les moins de 40 ans étant plus enclins à tenter cette démarche, et 21 % se sont mis à fumer des cigarettes légères. À l'opposé, 15 % des fumeurs déclarent avoir augmenté leur consommation au cours de l'année (1).

Repères méthodologiques

➔ (1) Baromètre Santé adultes 95/96, CFES.

Cette enquête téléphonique menée en décembre 1995 repose sur un échantillon de 1 993 individus représentatifs de la population des 18-75 ans vivant en France. Celui-ci a été redressé en fonction de la population totale en termes de structure (âge, sexe, région de résidence et type d'habitat), sur la base du dernier recensement. Le Baromètre Santé offre des informations relatives aux comportements, connaissances et attitudes en matière de santé.

➔ (2) Enquête permanente de conditions de vie des ménages 96, 97 et 98, INSEE.

Cette enquête quadriestrielle pose la question de la consommation de tabac au cours d'un seul des 3 exercices annuels, à l'occasion d'un module spécifique à la santé. Menée en face à face par les enquêteurs de l'INSEE, elle repose sur un échantillon aléatoire d'environ 4 000 ménages.

➔ (3) Enquête sur le tabac IFOP-CFES 08/98.

Cette enquête téléphonique menée en août 1998 repose sur un échantillon de 2 006 individus dont la représentativité a été assurée par quotas (âge, sexe, profession du chef de famille) après stratification par région de résidence et catégorie d'agglomération.

➔ (4) SEITA : Les données de la Seita fournissent des informations sur les quantités vendues qu'il est intéressant de mettre en regard avec les réponses des consommateurs. Par convention, 1 cigarette = 1 gramme de tabac. Les cigarettes légères contiennent moins de 10 mg de goudron.

Pour en savoir plus :

- ANGLIS (M.), DUBEAUX (D.), *Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac*, INSEE première n°551, 1997.
- BAUDIER (F.) et ARENES (J.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Paris, éditions CFES, 1997, 288 p.
- Seita, *Revue des tabacs* n°440, 1998.
- *Tabac News* – revue périodique du Centre de Documentation et d'Information sur le tabac.
- BAUDIER (F.), GUILBERT (P.), GRIZEAU (D.) et ARWIDSON (P.), *La consommation de tabac en France : évolutions récentes dans la population adulte*, BEH 17 : 70-1, 1998.

La consommation de médicaments psychoactifs chez les adultes

On s'intéresse ici à quatre grandes classes de produits psychoactifs : les hypnotiques qui abaissent la vigilance et provoquent le sommeil, les anxiolytiques utilisés pour lutter contre l'anxiété, les antidépresseurs prescrits dans les cas de dépression et les neuroleptiques principalement utilisés pour le traitement des psychoses.

Les deux mêmes types de données que pour l'alcool et le tabac sont disponibles pour les médicaments psychoactifs : volume des ventes d'une part, et résultats d'enquête auprès d'échantillons représentatifs de la population française, d'autre part. Les limites de ces deux types de données ont déjà été mentionnées : impossibilité de différencier consommations exceptionnelles, régulières et dépendances, pour les données de vente, caractère déclaratif des enquêtes auprès de la population générale.

Pour les médicaments psychoactifs, qui ne sont normalement délivrés que sur prescription médicale, des données issues de l'exploitation des ordonnances présentées aux organismes de Sécurité sociale pour remboursement sont également disponibles. Les limites de ces données tiennent à leur caractère ponctuel (exploitation un jour donné des ordonnances), à la représentativité imparfaite des populations couvertes par ces caisses et au fait qu'elles ne rendent compte que des prescriptions en médecine ambulatoire.

S'agissant d'un type de produit largement financé par la collectivité, au travers des organismes de Sécurité sociale, on ne peut que constater la faiblesse du dispositif public d'observation des consommations, notamment en ce qui concerne les consommations abusives et les dépendances. Il faut cependant reconnaître que le caractère polymorphe de la dépression et de l'anxiété et la difficulté de définition précise de ces pathologies rendent particulièrement délicate l'étude de l'adéquation entre prescription et diagnostic et donc l'observation des consommations excessives des médicaments psychoactifs.

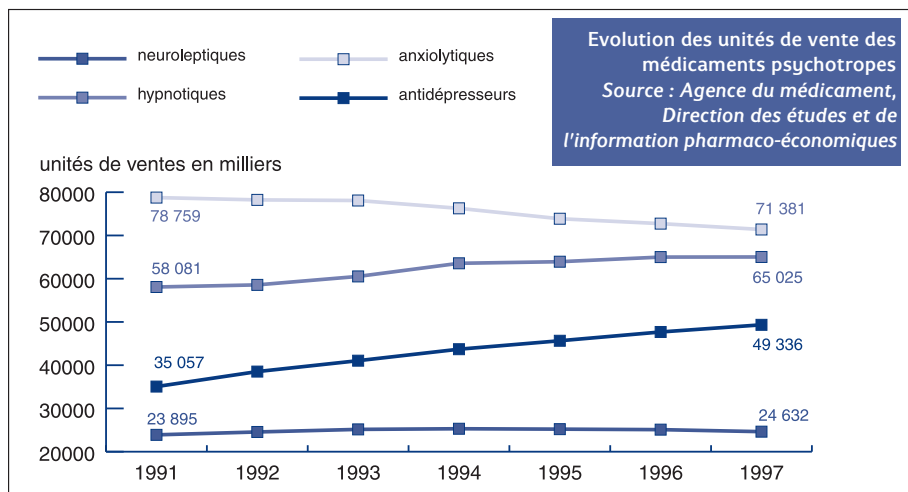
Mesure de la consommation à partir des données de vente (prescription ambulatoire et hospitalière)

La période 1991-1997 est marquée par une forte progression du volume des ventes des antidépresseurs (+ 40%), une progression modérée des ventes des hypnotiques (+ 12%) et une diminution de celles des anxiolytiques (- 9%). Les ventes de neuroleptiques se développent assez lentement avec une augmentation de 3 % au cours de cette période. L'augmentation de la consommation des antidépresseurs semble très largement liée à l'arrivée sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseurs⁶².

Les statistiques dont nous faisons état ici portent sur des unités de vente, c'est-à-dire des nombres de boîtes vendues. La hausse des hypnotiques comptabilisés en unités de vente semble surtout due à une mise sur le marché de nouveaux conditionnements comprenant moins de comprimés. Les autres produits n'ont pas subi de modifications de conditionnement susceptibles d'entraîner une augmentation mécanique du nombre de boîtes vendues.

Les ventes des antidépresseurs représentaient en 1997 environ 51 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments psychoactifs.

⁶² Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.



Mesure de la consommation déclarée

Niveau de la consommation déclarée, produits consommés

La consommation régulière de médicaments psychoactifs pourrait toucher environ un adulte sur dix. En 1995, 9 % des adultes de 18 à 75 ans déclaraient avoir consommé des somnifères ou des tranquillisants au cours de la semaine précédant l'enquête (2). On notera que ce chiffre ne prend pas en compte les consommations d'antidépresseurs.

Sur l'ensemble des ordonnances établies un jour donné en 1996 et analysées par la CANAM, environ 11 % comportaient une prescription d'au moins un psychotrope. L'enquête santé de 1991 donne un résultat assez proche, avec une proportion de 11 % des adultes majeurs déclarant avoir consommé régulièrement des psychotropes au cours d'une période d'au moins six mois. Cette consommation s'était poursuivie pendant au moins cinq ans chez 57 % de ces utilisateurs.

En 1996, les anxiolytiques étaient présents dans les deux tiers des prescriptions analysés par la CANAM comportant au moins un psychoactif. Viennent ensuite les hypnotiques et les antidépresseurs, identifiés dans 34 et 30 % des prescriptions avec psychotrope. Les neuroleptiques ont été trouvés dans 8 % d'entre elles. Près d'un quart des prescriptions comportent au moins deux types de produit.

La confrontation des résultats de l'enquête santé de 1991 et de ceux de l'enquête menée par la CANAM en 1996 confirme la tendance à l'augmentation de la consommation des antidépresseurs (17 % en 1991 contre 30 % en 1996). En revanche, le pourcentage des personnes utilisant des hypnotiques, des anxiolytiques et des neuroleptiques est du même ordre dans les deux enquêtes.

Les anxiolytiques sont plus souvent prescrits par les généralistes, qui représentent environ 85 % des prescripteurs de médicaments psychotropes et initient le traitement dans 50 à 60 % des cas (1, 3 et 4). Les psychiatres sont d'avantage à l'origine des prescriptions de neuroleptiques et d'antidépresseurs. Pour interpréter ces chiffres, il faut tenir compte du fait que les patients susceptibles de nécessiter des prescriptions d'anxiolytiques s'adressent le plus souvent à leurs médecins généralistes.

Il est difficile de distinguer, parmi l'ensemble des consommations celles qui sont excessives ou qui induisent une dépendance. La seule piste explorée jusqu'à présent repose sur l'étude de l'adéquation entre pathologies et prescriptions.

Dans l'enquête CANAM de 1996, les médecins ayant établi les ordonnances comportant au moins un médicament psychotrope le jour de l'enquête ont été interrogés par questionnaire sur les pathologies à l'origine de la prescription de psychotropes. D'après leurs réponses, les médicaments psychotropes sont utilisés dans plus de 80 % des cas pour des troubles psychologiques, associés dans 17 % des cas à un contexte organique (par exemple problèmes cardiaques provoquant une anxiété). Dans 13 % de ces prescriptions, il n'a pu être recensé aucun contexte, organique ou psychologique.

Sur la question de la dépendance, on notera enfin deux éléments tirés de l'enquête CANAM : les durées des prescriptions sont respectées, mais les ordonnances sont souvent renouvelées, l'arrêt de ces traitements est d'autant moins envisagé que la personne est âgée et qu'une tentative de sevrage s'est traduite par un échec.

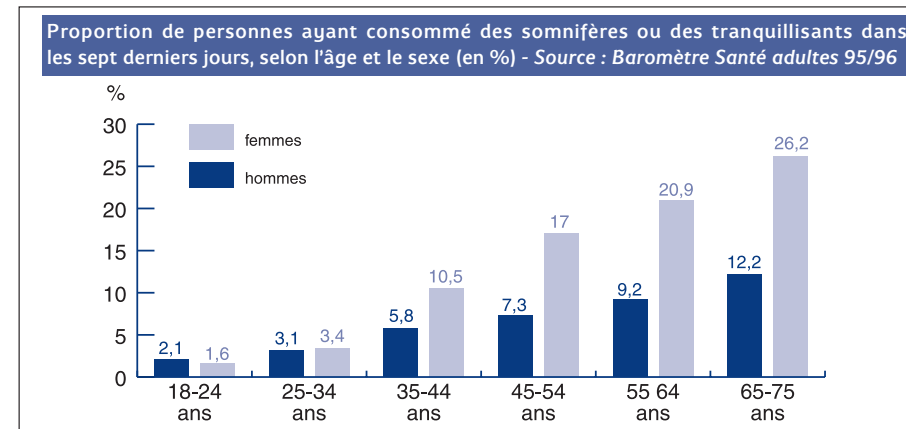
Facteurs discriminants de la consommation déclarée

La consommation de médicaments psychoactifs est plus fréquemment féminine et augmente avec l'âge.

D'après les résultats du Baromètre Santé adultes 1995/1996, 8,6 % des femmes contre 3,7 % des hommes déclaraient avoir consommé des somnifères ou des tranquillisants tous les jours au cours de la semaine précédant l'enquête. Ce type de consommation augmente avec l'âge, mais alors qu'entre 25 et 34 ans le pourcentage de consommatrices est à peine supérieur à celui des consommateurs, chez les 35-44 ans les femmes sont deux fois plus nombreuses à consommer des médicaments psychoactifs que les hommes (respectivement 10,5 contre 5,8 %). L'écart entre consommation féminine et masculine s'accroît après 45 ans. Chez les 65-75 ans, environ une femme sur quatre a consommé tous les jours de la semaine précédant l'enquête des somnifères ou des tranquillisants contre un homme sur dix.

L'enquête santé de 1991 fournissait des informations plus détaillées sur les consommations par types de médicament psychoactif. Les neuroleptiques sont plutôt consommés par des hommes. Les femmes utilisent plus souvent les antidépresseurs. Les hypnotiques sont d'avantage consommés par les personnes âgées, les antidépresseurs par des personnes plus jeunes.

Les veuves et les personnes à la recherche d'un emploi, pour reprendre les catégories définies par l'enquête de 1991, sont plus fréquemment consommatrices de médicaments psychoactifs que l'ensemble de la population (2). On trouve, par contre, relativement moins de personnes de haut niveau scolaire parmi les consommateurs de ces produits, à l'inverse de ce que l'on observe pour l'ensemble des médicaments (2).



Consommations associées

Selon les résultats de l'enquête santé de 1991, la consommation de médicaments psychoactifs est souvent associée à la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes et beaucoup plus rarement chez les femmes. Les trois quarts des utilisateurs masculins de médicaments psychoactifs consomment également de l'alcool et du tabac, alors que 60 % des femmes utilisatrices de médicaments psychoactifs sont abstinentes pour les deux autres produits.

Repères méthodologiques

➔ (1) Enquête santé 1991-1992 INSEE, CREDES, SESI.

Enquête auprès des plus de 18 ans issus d'un échantillon de 10 000 ménages environ, répartis dans toute la France et représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires (maisons de retraite exclues). Chacun est suivi pendant 3 mois au cours desquels, toutes les semaines, il est interrogé par l'enquêteur sur sa consommation médicale. L'enquête repose sur l'emploi combiné de l'interview et du carnet de comptes. Définition du consommateur de médicaments psychoactifs : au moins 1 fois par semaine depuis au moins 6 mois.

➔ (2) Baromètre Santé adultes 95/96.

Enquête téléphonique menée en 1995, sur un échantillon de 1 993 individus représentatifs de la population des 18-75 ans vivant en France. Échantillon redressé de manière à être similaire à la population totale en termes d'âge, sexe, région d'habitation et type d'habitat. Cette enquête offre des informations relatives aux comportements, connaissances et attitudes en matière de santé. Définition du consommateur : somnifères et/ou tranquillisants au cours des 7 derniers jours.

➔ (3) Données de ventes.

Déclarées par l'industrie pharmaceutique à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS, ex Agence du médicament), elles sont fournies par la Direction des études et de l'information pharmaco-économiques.

➔ (4) Enquête MSA (Mutuelle Sociale Agricole) sur la consommation d'antidépresseurs en ambulatoire.

Recueil de toutes les ordonnances contenant au moins un des 5 antidépresseurs principalement prescrits. Étude d'une journée de liquidation des prestations sur l'ensemble du territoire (avril 1996). Données concernant le patient et les prescriptions remplies par le médecin conseil, puis données cliniques et relatives à la durée du traitement recueillies auprès des médecins prescripteurs. Soixante-seize caisses ont participé, 1 979 questionnaires ont été complètement remplis, 2 423 partiellement soit 18 % de non-réponses des médecins prescripteurs.

➔ (5) Enquête CANAM (Régime d'assurance maladie des professions indépendantes) sur la consommation de psychotropes en ambulatoire.

Même protocole mais l'enquête s'est déroulée dans six régions (Centre, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pas-de-Calais, Poitou-Charentes), le produit recherché était un psychotrope quel qu'il soit, la journée s'est déroulée en février 1996. Sur 25 378 prescriptions examinées, 2 952 ordonnances avec au moins un psychotrope ont été analysées. Il y a eu 38 % de non-réponses des médecins prescripteurs.

Pour en savoir plus :

- BAUDIER (F) et ARENES (J.), Baromètre Santé adultes 95/96, Paris, éditions CFES, 1997, 288 p.
- GUIGNON (N.), MORMICHE (P.), SERMET (C.), La consommation régulière de psychotropes, INSEE première n°310, Paris, avril 1994.
- ZARIFIAN (E.), Rapport de la Mission générale concernant la prescription et l'utilisation de médicaments psychotropes en France, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1996.
- Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments, Étude de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire, Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques, 1998.
- CANAM, La prescription des psychotropes en ambulatoire. Etude réalisée par six services médicaux régionaux du Régime d'assurance maladie des professions indépendantes en 1996, CANAM assurance maladie des professions indépendantes, 1997.
- Mutuelle sociale agricole, Prescriptions d'antidépresseurs au régime agricole. Description des pratiques, 1997.

La consommation de drogues illicites chez les adolescents

L'adolescence est un âge correspondant souvent à la période d'entrée dans les consommations, aussi est-il primordial de bien observer les comportements des jeunes.

Deux types d'enquête permettent d'observer la consommation de psychotropes illicites chez les jeunes. Les premières sont effectuées, comme c'est le cas pour les adultes, en population générale et se déroulent par téléphone. Les autres ont lieu dans un cadre scolaire et donnent lieu au remplissage d'un auto-questionnaire par les élèves. Les contextes et les populations interrogées différant ainsi, les résultats obtenus par ces deux méthodes d'investigation ne sont pas forcément concordants. Il est vraisemblable que le cadre familial de l'enquête téléphonique génère quelques réticences, et que la présence des camarades de classe, dans le second type d'enquête, conduisent à une sur-déclaration des consommations. S'il est probable que la prévalence réelle se situe entre celles recueillies par les deux types d'enquête, on ne peut exclure que le pourcentage de consommateurs de drogues illicites soit situé en dehors de cet intervalle.

Par mesure de précaution à l'égard des personnes sondées, les moins de 15 ans n'ont pas été interrogés sur les points les plus sensibles, dont la drogue fait partie (à l'exception des lycéens de moins de 15 ans dans les enquêtes en milieu scolaire, mais ils représentent un très petit effectif).

Mesure de la consommation déclarée des drogues illicites

À partir des différentes sources disponibles, on peut estimer que plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont expérimenté une drogue au cours de leur vie, presque exclusivement du cannabis. Les autres produits sont peu cités, les principales substances expérimentées étant les hallucinogènes, l'ecstasy et les produits à inhaler. L'âge moyen d'entrée dans la consommation du cannabis se situe juste avant 16 ans, soit environ un an plus tard que pour l'alcool et le tabac.

Ce niveau de consommation s'inscrit dans le cadre d'une forte accessibilité des produits illicites, près de la moitié des jeunes de 15 à 19 ans déclarant s'être vu proposer des drogues illicites, du cannabis dans la quasi-totalité des cas (2). Dans les lycées de province, 42 % des jeunes se sont vu proposer une drogue au cours de l'année. Parmi eux, plus de la moitié en ont consommé au cours de la vie (3).

Selon les enquêtes, une consommation de drogues illicites au cours de l'année est déclarée par 23 à plus de 30 % des jeunes. En milieu scolaire, et particulièrement à Paris, les chiffres déclarés par auto-questionnaire sont nettement plus élevés que ceux du Baromètre Santé 1997 (cf. tableau ci-après).

La consommation fréquente du cannabis (dix fois et plus au cours de la vie) concerne 14 % des jeunes interrogés (2), ce qui représente plus de la moitié des usagers de cannabis. Parmi les jeunes ayant une consommation égale ou supérieure à dix fois au cours de la vie, 81 % ont consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois (2).

Parmi les autres substances observées, les **produits à inhaler**, tels que la colle ou les solvants sont consommés par les jeunes, dans des proportions allant de moins de 1 % à presque 6 % selon les sources. La consommation de ces produits reste, dans la majorité des cas, au stade de l'expérimentation.

La consommation des drogues de synthèse, et en particulier d'ecstasy, est également une caractéristique des populations jeunes, même si elle s'étend aux jeunes adultes. Au lycée, elle concerne environ 3 % des jeunes.

L'usage des autres substances est moins courant. Les **hallucinogènes** (tels que les champignons ou les acides), les **amphétamines**, la **cocaïne** et l'**héroïne** sont consommés par un petit nombre de 15-19 ans (entre 0 et 2 % selon les

sources). Ces substances apparaissent très faiblement dans les enquêtes, même si en milieu scolaire les taux deviennent significatifs.

Usages de drogues illicites au cours de l'année chez les 15-19 ans, selon les enquêtes (en %)

Produit	CFES 97/98 (n = 2 675)	CADIS 97 (n = 9919)	INRP 98 (n = 875)
Cannabis	22,8	29,8	34,4
Cocaïne	0,1	1,9	0,8
Héroïne	0,0	1,7	0,2
Ecstasy	0,5	-	1,5
Ecstasy ou LSD	-	3,4	-
Hallucinogènes	0,7	-	0,9
Amphétamines	-	2,1	-
Médicaments pour se droguer	0,1	-	-
Produits à inhaler	0,3	5,7	1,0
Autres drogues	0,1	4,1	-
Toutes substances	22,8	33,5	-

Source : CFES 97/98, CADIS 97 et INRP 98 (lycéens parisiens)

Évolution au cours des années 90

Plusieurs indices montrent que la consommation des drogues illicites est en augmentation chez les jeunes. Deux enquêtes menées en 1993 et 1997 auprès d'échantillons importants de lycéens permettent de vérifier cette tendance. Ces deux enquêtes sont assez proches sur le plan méthodologique, mais dans la première, la question portait sur la consommation **au cours de la vie** de substances illicites (25 % des lycéens) (5) et dans la seconde, sur la consommation **au cours de l'année** (33 % des lycéens) (3). La consommation au cours de l'année étant toujours inférieure à la consommation au cours de la vie, on peut conclure avec une grande certitude à son augmentation entre ces deux années. Cette évolution est principalement liée à la banalisation de l'usage du cannabis. La proportion de jeunes ayant consommé au moins une fois du cannabis a globalement augmenté au cours des années 1990 : elle était de 22 % chez les lycéens en 1993 (5) et supérieure à 30 % dans l'enquête de 1997 (3). Une enquête répétée dans les lycées parisiens (1) vient confirmer cette tendance : la proportion de consommateurs de cannabis au cours de la vie est passée de près de 19 % en 1983 à 23 % en 1991, et à près de 43 % en 1998.

Le fait le plus marquant concerne les usages fréquents : la part des jeunes ayant consommé du cannabis au moins 10 fois au cours de l'année a augmenté de plus de moitié entre 1993 et 1997 (3, 5). Les enquêtes dans les lycées parisiens (1) font apparaître une même évolution. En 1991, 5 % de ces lycéens disaient avoir pris du cannabis au moins dix fois dans le semestre, alors qu'en 1998, ils sont 9 % au cours du seul mois précédent. Cette hausse s'accompagne d'une nette augmentation des propositions de substances illicites (64 % en 1998 contre 47 % en 1991).

D'autres informations plus partielles viennent recouper ces observations : la part de jeunes usagers de cannabis interpellés par les services de police et de gendarmerie est en hausse.

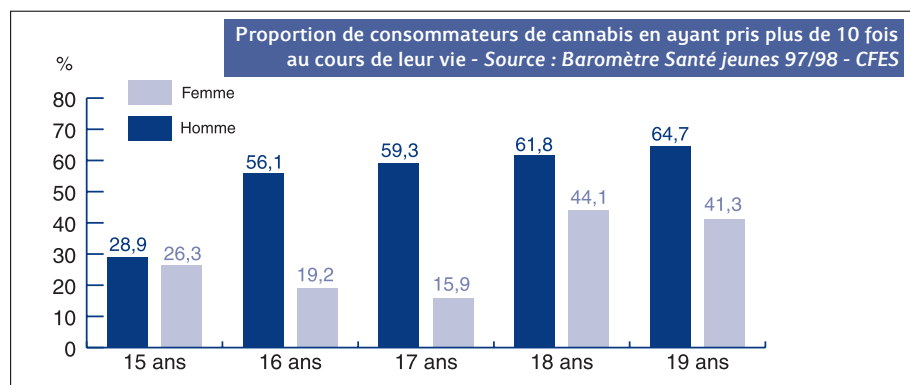
La comparaison des chiffres des enquêtes menées en 1993 et en 1997 dans les lycées de province permet de faire apparaître une légère augmentation de la consommation d'héroïne et de cocaïne et une stagnation de celle des

amphétamines et des produits à inhaler (3, 5). Il est en revanche plus difficile de conclure sur l'ecstasy⁶³ et les hallucinogènes à cause des différences de formulation entre les deux enquêtes.

Dans les lycées parisiens (1), on constate une hausse très nette du nombre d'élèves ayant consommé au moins une fois des produits à inhaler (4,0 % en 1998 contre 0,3 % en 1991). Il en est de même pour l'ecstasy (3,0 % en 1998 contre 0,1 % en 1991) et, dans une moindre mesure, pour le LSD et la cocaïne qui restent cependant consommés par moins de 2 % des lycéens. Les déclarations de consommation d'héroïne restent très rares.

Facteurs discriminants de la consommation de drogues illicites

La consommation de ces produits est à prédominance masculine. Dans le Baromètre Santé jeunes 97/98, il ressort que les propositions sont plus fréquemment adressées aux garçons qu'aux filles (53 % contre 45 %), offres plus souvent acceptées par les garçons. 33 % des garçons déclarent avoir expérimenté du cannabis au cours de la vie contre 23 % pour les filles. Celles-ci ont tendance à se limiter à l'expérimentation du produit et ne réitèrent pas leur consommation. Toutes les enquêtes confirment un risque relatif de consommations répétées très supérieur chez les garçons. L'âge d'initiation au cannabis ne diffère pas selon le sexe.



La proportion de consommateurs de cannabis augmente significativement avec l'âge.

Les adolescents les plus âgés sont plus souvent sollicités (27 % à 15 ans contre 61 % à 19 ans). À 19 ans, 42 % d'entre eux ont expérimenté du cannabis au cours de leur vie, contre 11,5 % à 15 ans (2). Jusqu'à 17 ans, les populations de consommateurs de cannabis au cours de la vie et au cours des douze derniers mois se recoupent en grande partie. Par la suite, les consommateurs occasionnels ou réguliers se différencient des expérimentateurs.

La proportion de consommateurs de cannabis est plus importante à Paris qu'en province. 10 % des usagers provinciaux de drogues illicites au cours de l'année ne sont pas consommateurs de cannabis, mais d'un ou plusieurs autres produits (3). À l'inverse, les produits à inhaler apparaissent plus souvent dans les déclarations des lycéens provinciaux.

D'après les résultats disponibles, les consommations des populations que l'on peut considérer « à risque », ne sont pas toujours supérieures à celles de l'ensemble des jeunes ou des lycéens.

Dans une enquête menée en 1997/1998, les jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ont été interrogés, entre autres, sur leur consommation de drogues illicites (4). Les motifs de prise en charge par la PJJ peuvent être liés soit aux comportements des jeunes (mettant en cause leur intégration sociale), soit aux conduites de l'entourage (mettant en danger l'intégrité des jeunes). Ces jeunes se caractérisent par leur entrée précoce (avant l'âge de 15 ans) dans les consommations de drogues illicites. Si l'usage de cannabis est très répandu (60 % des jeunes en ayant déjà consommé, et plus de la moitié d'entre eux étant des usagers réguliers), celui des autres drogues illicites se caractérise par un taux d'expérimentation assez important, mais qui n'est pas forcément suivi par une consommation habituelle, plus de la moitié des jeunes consommateurs de tels produits n'en ayant pas pris au cours de l'année.

Une analyse secondaire de l'enquête CADIS permettant de distinguer les Zones d'éducation prioritaires (ZEP) montre que la consommation de cannabis est nettement moins forte dans les lycées situés en ZEP que dans les autres types de lycées avec un taux d'expérimentation de cannabis de 19 %. Toutefois, pour tous les autres produits illicites, c'est parmi les élèves de ZEP que l'on trouve le pourcentage le plus élevé d'usagers fréquents (au moins dix fois au cours de l'année).

Consommations associées

L'usage du tabac et de l'alcool est souvent associé à celui du cannabis (2). Les trois quarts des expérimentateurs de cannabis déclarent fumer du tabac ne serait-ce que de temps en temps. Ils sont 55 % à fumer régulièrement. Ce comportement n'est pas influencé par l'âge ou le sexe.

Plus de la moitié des usagers de cannabis déclarant consommer régulièrement de l'alcool (2), disent avoir bu au moins une fois par semaine de l'alcool au cours des 12 derniers mois. De plus, 79 % des expérimentateurs déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie. Parmi les expérimentateurs de cannabis les plus âgés, 72 % déclarent avoir consommé soit de l'alcool, soit du tabac de manière régulière, c'est-à-dire avoir bu de l'alcool plus d'une fois par semaine au cours des 12 derniers mois, ou fumé au moins une cigarette par jour.

Pour en savoir plus :

- BALLION (R.), *Les conduites déviantes des lycéens, Rapport d'étude OFDT, CADIS, (1999)*
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M-P.), ARENES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98, Paris, CFES, 1998, 328 p.*
- BECK (F.), *La consommation de substances psychoactives chez les lycéens, OFDT, 1999.*
- DE PERETTI (C.) et LESELLBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions, Rapport d'étude OFDT, INRP – Paris X Nanterre, 1999.*
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents : enquête nationale, Paris, Les éditions INSERM, 1994.*
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), PARE (C.), *Adolescents de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé, Étude de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, MILDT, 1998, 146 p.*

⁶³ Le développement de la consommation d'ecstasy, s'il apparaît clairement dans l'enquête sur les lycées parisiens, a également été souligné chez les jeunes hommes dans les études sur les conduites toxicophiles en centres de sélection (1995 et 1996).

Repères méthodologiques

Les deux modes d'enquête évoqués ici, par téléphone au domicile de l'interviewé et par auto-questionnaire en milieu scolaire, sont complémentaires puisqu'ils permettent d'atteindre des populations légèrement différentes dans des contextes qui le sont tout autant.

➔ (1) Enquête sur les lycéens parisiens et les substances psychoactives, INRP-Paris X Nanterre.

Cette enquête en milieu scolaire a été menée, en juin 1998, sur un échantillon total de 875 jeunes représentatifs des lycéens parisiens du public et du privé. Elle constitue le troisième volet d'une série commencée en 1983 et poursuivie en 1991, et a pour objectif de mesurer les évolutions survenues dans les consommations de psychoactifs au cours des deux dernières décennies. Les élèves ont été tirés au sort parmi les listes selon la méthode des quotas et regroupés en un seul lieu par établissement pour remplir le questionnaire. Ils étaient encadrés par un membre de l'équipe de recherche. Les questionnaires, très proches sur les 3 exercices, permettent des comparaisons dans le temps de bonne qualité. En 1983, l'enseignement privé ne faisait pas partie de l'échantillon.

➔ (2) Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES.

Cette enquête téléphonique menée en novembre et en décembre 1997 repose sur un échantillon aléatoire de 4 115 jeunes représentatifs de la population des 12-19 ans vivant en France. Celui-ci a été redressé de manière à être similaire à l'effectif total de cette tranche d'âge en termes de structure (âge, sexe, région de résidence et type d'habitat). Le Baromètre Santé jeunes offre des informations relatives aux comportements, aux connaissances et aux attitudes des adolescents en matière de santé. Les questions relatives à la consommation de drogues illicites n'ont été posées qu'aux adolescents âgés de 15 à 19 ans, soit 2 675 sujets.

➔ (3) Enquête sur les conduites déviantes des lycéens, CADIS.

Cette enquête en milieu scolaire a été menée en avril-mai 1997 puis en novembre-décembre 1997, sur un échantillon total de 9 919 lycéens de l'enseignement public. Le sondage s'est fait par grappe (tous les élèves de chacune des 4 à 6 classes, tirées au sort par établissement, étant interrogés), chaque établissement ayant été tiré aléatoirement parmi 6 académies sélectionnées selon leur taille et de façon à couvrir l'ensemble du territoire national (Amiens, Bordeaux, Créteil, Grenoble, Poitiers, Rennes). Le plus souvent, la passation de l'auto-questionnaire a été assurée par un membre du personnel médical, à défaut de quoi il était remplacé par un conseiller principal d'éducation ou par le professeur principal.

➔ (4) Enquête sur les adolescents de la PJJ (1997/1998).

L'échantillon était composé de l'ensemble de jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse de 15 départements tirés au sort, soit 5 286 jeunes interrogés par auto-questionnaire sur leur consommation de substances psychoactives. Sur ce nombre, 917 jeunes ont rempli un questionnaire, soit un taux de réponses 17,3 %.

➔ (5) Enquête santé des adolescents 1993, INSERM-U169.

L'enquête a été menée en 1993 sur un échantillon 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). Le taux de non-réponse se situait entre 1 et 3 % pour les questions sur la consommation de drogues. Les réponses sont recueillies dans un questionnaire rempli par l'élève (auto-questionnaire). Il s'agit de la consommation durant la vie de 7 classes de produits : haschisch, cocaïne, héroïne, amphétamines, produits à inhaler, hallucinogènes, médicaments pour se droguer.

La consommation d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs chez les adolescents

Deux types d'enquête permettent d'observer la consommation d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs chez les jeunes. Les premières sont effectuées, comme c'est le cas pour les adultes, en population générale et se déroulent par téléphone. Les autres ont lieu dans un cadre scolaire et donnent lieu au remplissage d'un auto-questionnaire par les élèves. Les contextes et les populations interrogées différant, les résultats obtenus par ces deux méthodes d'investigation ne sont pas forcément concordants.

Contrairement au questionnement sur les produits illicites, les jeunes interrogés sur ces consommations appartiennent à la tranche 12-19 ans. Ces questions sont en effet jugées moins sensibles et plus proches des comportements des adolescents les plus jeunes. Concernant les enquêtes en milieu scolaire utilisées ici, elles se limitent au lycée, la population considérée se situe ainsi très majoritairement entre 15 et 19 ans.

Si la valeur du déclaratif sur les médicaments psychoactifs est vraisemblablement bonne, les réponses sur le tabac et l'alcool sont peut-être entachées d'une sous-déclaration liée à l'interdit associé à ces pratiques, notamment chez les plus jeunes. Néanmoins, celle-ci est difficilement mesurable. Un fumeur occasionnel consomme moins d'une cigarette par jour et un fumeur régulier le fait quotidiennement. Un buveur occasionnel consomme un verre d'alcool par semaine ou moins et un buveur régulier en consomme plus d'un par semaine. Les médicaments psychoactifs considérés sont les médicaments contre la nervosité et l'anxiété et les somnifères, aucune question ne permettant de savoir s'ils ont été prescrits ou non.

■ Les boissons alcoolisées

En 1997, trois jeunes de 12 à 19 ans sur quatre déclarent avoir déjà expérimenté l'alcool au cours de leur vie, un jeune sur quatre en consomme au moins une fois par semaine, et deux jeunes sur mille tous les jours (3). 12 % des jeunes disent avoir bu de l'alcool la veille de l'enquête. Ils ont consommé en moyenne 2,4 verres et un peu plus de la moitié d'entre eux n'en a pris qu'un seul (3). Parmi les lycéens âgés de 14 à 19 ans, environ 60 % déclarent boire occasionnellement et 10 % plus d'une fois par semaine (4).

La bière est la boisson la plus régulièrement choisie par les jeunes de 12 à 19 ans. 15 % des jeunes de cet âge en consomment au moins une fois par semaine. Parmi les jeunes qui ont pris de l'alcool la veille, ce sont les buveurs d'alcools forts qui en absorbent la plus grande quantité (2,2 verres) (3).

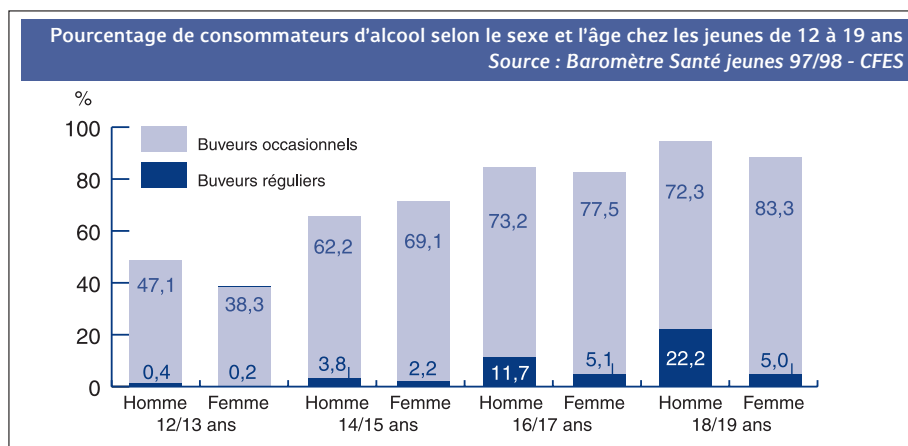
Les enquêtes les plus récentes dont nous disposons ne sont pas identiques, sur le plan méthodologique, aux enquêtes plus anciennes, ce qui rend difficile l'appréciation des tendances. **En restant prudent, on peut néanmoins observer, entre 1993 et 1997 (4, 6), une stabilité pour la consommation occasionnelle et une tendance à la hausse pour la consommation associée à des épisodes d'ivresse.**

Les enquêtes menées par l'IREB en 1985 et en 1996 (5) sur les consommations d'alcool des garçons de 13 à 18 ans montrent une stabilité du nombre moyen de verres bus par mois entre ces deux dates. On note toutefois un doublement du nombre de verres bus chez les 15-16 ans. Cette augmentation dans ce groupe d'âge est presque entièrement la conséquence de la croissance du nombre de gros consommateurs (plus de 30 verres par mois).

La consommation augmente évidemment beaucoup avec l'âge : 43 % des jeunes de 18 à 19 ans consomment de l'alcool une fois par semaine contre, tout de même, près de 6 % des jeunes de 12 à 14 ans (3). Le nombre moyen

de verres consommés par mois passe de 4 verres à 13-14 ans à 17 pour les 15-16 ans et atteint près de 40 verres à 19-20 ans (5).

Comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous, les garçons deviennent plus consommateurs d'alcool que les filles à partir de 18 ans. **Ils se distinguent des filles par la plus forte proportion de consommateurs réguliers.**



Un peu plus d'un quart des jeunes de 12 à 19 ans ont déjà été ivres au cours de leur vie, les garçons (34 %) plus que les filles (21 %) (3). Ce comportement progresse fortement avec l'âge et la différence selon le sexe s'accroît avec les années. Environ 50 % des 15-19 ans ont déjà connu l'ivresse (1, 4), proportion qui se situait à 40 % en 1993 (6). Cette augmentation entre ces deux années a été particulièrement forte pour ceux qui disent avoir été ivres au moins trois fois dans l'année (27 % en 1997 contre 17 % en 1993) (4, 6). L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi sans différence significative entre les garçons et les filles. On n'oublie pas, cependant, le caractère subjectif de la notion d'ivresse.

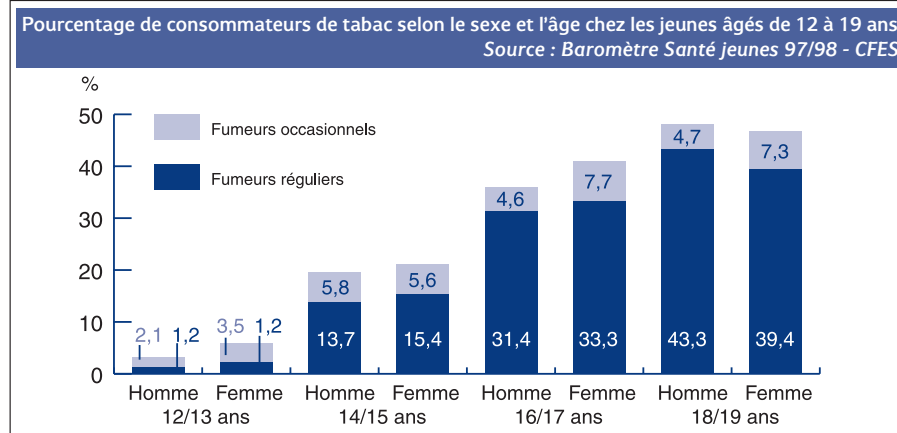
L'alcoolisation régulière, associée ou non à plusieurs épisodes d'ivresse au cours de l'année, est moins fréquente chez les élèves de lycées classés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres lycéens (4). Les jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse consomment plus régulièrement de l'alcool que l'ensemble des lycéens.

■ Tabac

Parmi les 12-19 ans, 29 % des jeunes déclarent fumer, même de temps en temps. Ils se répartissent en 24 % qui fument au moins une cigarette par jour, et 5 % moins d'une cigarette par jour (3). Chez les lycéens, on dénombre environ 50 % de fumeurs (15 % de fumeurs occasionnels et 35 % de réguliers). Chez les jeunes qui fument régulièrement ou occasionnellement, la consommation moyenne est de 6,8 cigarettes par jour, 21 % des fumeurs réguliers ayant une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour.

La consommation augmente avec l'âge, mais on trouve déjà une proportion non négligeable de consommateurs réguliers chez les jeunes âgés de 14 à 15 ans. La proportion de fumeurs réguliers augmente par la suite tout comme les quantités fumées par ces consommateurs, avec 3,8 cigarettes par jour à 14 ans contre 8,3 à 17 ans (3). L'âge moyen d'initiation au tabac est de 15 ans (3).

Quel que soit l'âge, le pourcentage de fumeurs n'est pas significativement différent entre les filles et les garçons. De ce point de vue, le tabac se différencie nettement des drogues illicites et de l'alcool, substances que les garçons sont bien plus nombreux à déclarer consommer que les filles.



Depuis une vingtaine d'années, on constate une baisse, aussi bien chez les garçons que chez les filles, du **pourcentage d'adolescents déclarant fumer**, et ce, quel que soit le type de consommation. La proportion de consommateurs chez les 12 à 18 ans est passée de 46 % en 1977 à 25 % en 1997 (3). Chez les lycéens, la proportion de gros fumeurs (au moins dix cigarettes par jour) parmi les fumeurs réguliers est en nette diminution (3, 6).

Phénomène également positif, l'âge d'initiation à la cigarette est en hausse constante depuis une vingtaine d'années (3). Chez les élèves des lycées classés en ZEP, la consommation de tabac est relativement basse avec 26 % d'usagers réguliers (contre 35 % pour l'ensemble des lycéens) (4). Chez les jeunes pris en charge par la PJJ (2), la prévalence de la consommation de tabac est beaucoup plus forte que chez l'ensemble des jeunes ou des lycéens, la proportion de fumeurs réguliers étant de 75 % chez les garçons et de 81 % chez les filles.

■ Médicaments psychoactifs

8,7 % des jeunes de 12 à 19 ans ont pris un médicament psychoactif au cours des 30 derniers jours (3). 7 % des jeunes ont consommé des médicaments spécialisés contre l'anxiété ou la nervosité et 3,5 % ont pris des hypnotiques.

Au cours de l'année, 10 % des lycéens ont pris plus ou moins régulièrement des médicaments psychoactifs et 20 % tout à fait exceptionnellement (4), ces chiffres sont en augmentation par rapport à 1993 (6).

Comme chez les adultes, la consommation des médicaments psychoactifs est à forte prédominance féminine. D'après les chiffres du Baromètre Santé 97/98, la proportion de consommateurs de ces produits est de 11 % chez les filles contre 5,9 % chez les garçons. Cette différence se manifeste quel que soit l'âge des jeunes. On constate dans toutes les enquêtes que les filles sont au moins deux fois plus consommatrices de médicaments psychoactifs que les garçons.

Chez les filles, la proportion de consommatrices de médicaments psychoactifs augmente avec l'âge : 2,6 % des jeunes filles âgées de 12 ans en ont pris au moins une au cours des 30 derniers jours, contre 16,3 % à 19 ans. On ne décèle pas chez les garçons d'évolution particulière suivant l'âge (3).

■ Consommations associées

Les consommations d'alcool et de tabac sont souvent associées chez les jeunes de 12 à 19 ans : 48 % des fumeurs réguliers ont consommé une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois (3). Ce comportement, marginal chez les jeunes de 12-13 ans (18 %), concerne plus de la moitié des fumeurs réguliers de 18-19 ans (55 %) (3).

Repères méthodologiques

➔ **(1) Enquête sur les lycéens parisiens et les substances psychoactives, INRP-Paris X Nanterre.**

(Voir fiche précédente).

➔ **(2) Enquête « Adolescents de la Protection judiciaire de la jeunesse », INSERM U-472, 1997/1998.**

L'échantillon était composé de l'ensemble des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse de 15 départements tirés au sort, soit 5 286 jeunes interrogés par auto-questionnaire sur leur santé et leur consommation de substances psychoactives. Sur ce nombre, 917 jeunes ont rempli un questionnaire, soit un taux de réponse 17,3 %.

➔ **(3) Baromètre Santé jeunes 97/98, CFES.**

(Voir fiche précédente).

➔ **(4) Enquête sur les conduites déviantes des lycéens, CADIS, 1997.**

(Voir fiche précédente).

➔ **(5) Enquête sur les jeunes et l'alcool, IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons), 1996**

Cette enquête en population générale a été menée en face à face au domicile de 997 jeunes de 13 à 20 ans. Dans la majorité des cas, les entretiens se sont déroulés sans la présence d'un tiers. Une enquête similaire a été menée en 1985 sur les garçons de 13 à 18 ans, ce qui permet de comparer les consommations d'alcool des garçons entre 1985 et 1996.

➔ **(6) Enquête Santé des adolescents 1993, INSERM U-169.**

(Voir fiche précédente).

Pour en savoir plus :

- BALLION (R.), Les conduites déviantes des lycéens, Rapport d'étude OFDT, CADIS, 1999.
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M-P), ARENES J., Baromètre Santé jeunes 97/98, Paris, CFES, 1998, 328 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), Adolescents : enquête nationale, Paris, Les éditions INSERM, 1994.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), PARE (C.), Adolescents de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé, Étude de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, MILDT, 1998, 146 p.
- DE PERETTI (C.) et LESELLBAUM (N.), Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions, Rapport d'étude OFDT, INRP – Paris X Nanterre, 1999.
- IREB, Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution, Paris, Princeps éditions, 1998, 119 p.

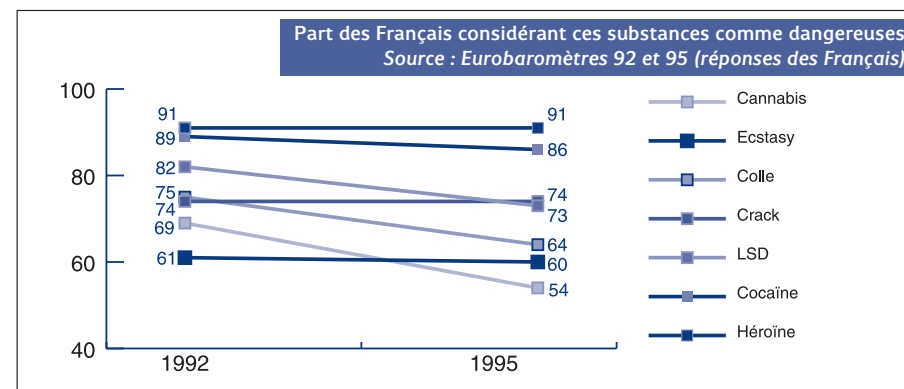
Perceptions, opinions et attitudes de la population française en matière de drogues illicites

Une trentaine d'enquêtes portant au moins en partie sur le thème de la drogue et de la toxicomanie ont été menées en France entre 1988 et 1998. La plupart d'entre elles ont été commandées soit par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) pour préparer ou mesurer l'impact des campagnes de prévention, soit par des organes de presse désireux d'observer ponctuellement l'état de l'opinion.

Compte tenu de la multiplicité des questions posées aux Français dans ces différentes enquêtes, il a semblé opportun de les regrouper en deux grandes catégories, d'une part leur perception du phénomène (types de représentation des différentes substances et des usagers, niveau des sentiments de proximité et de tolérance), d'autre part leur opinion en matière de réponses à apporter (information et prévention, répression, dépénalisation de l'usage). Quand bien même les éléments qui se dégagent de ces enquêtes seraient parfois contradictoires, et souvent difficilement comparables, ils permettent néanmoins de recueillir une importante somme d'informations.

Substances

Les substances licites sont de plus en plus considérées comme des drogues, au même titre que les produits illicites. La perception des substances en tant que drogues permet d'établir une hiérarchie des fréquences de citation au sein de laquelle l'alcool, le tabac (de plus en plus) et certains médicaments (tranquillisants) apparaissent en bonne place derrière les opiacés, la cocaïne et le cannabis, mais devant les amphétamines et les produits à inhaler. Cette hiérarchie, bâtie sur une liste préétablie, se trouve quelque peu modifiée en fonction du mode d'interrogation. Ainsi les médicaments psychoactifs, qui ne sont cités spontanément parmi les drogues que par 3 % des Français, sont choisis par 77 % d'entre eux lorsqu'on leur propose explicitement cette modalité de réponse.



Si l'ensemble des produits illicites reste perçu comme dangereux, la perception du danger s'atténue entre 1992 et 1995 pour certains produits, principalement le cannabis (de 69 % à 54 %). Néanmoins, l'héroïne, le crack, l'ecstasy et, dans une moindre mesure, la cocaïne restent stables en termes de dangerosité perçue. Une autre question montre que 85 % des Français considèrent que certains médicaments sont aussi dangereux que les drogues les plus dures.

Le pourcentage d'individus estimant que la consommation de cannabis n'est pas très grave pour la santé augmente également entre 1990 et 1996, mais reste minoritaire (38 %).

Si les Français favorables à la distinction entre « drogues dures » et « drogues douces » sont en légère augmentation au cours des années 1990, celle-ci n'est pas vraiment significative. On constate surtout qu'une assez nette majorité y est toujours hostile (64 % en 1993, 61 % en 1997).

Usages et usagers

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

L'idée d'escalade du cannabis vers les drogues plus « dures » semblait fortement ancrée dans l'opinion publique en 1992, même s'il existait sur cette question une différenciation très forte entre les consommateurs de cannabis et les non-consommateurs (qui respectivement acceptaient et rejetaient l'idée à 80 % environ). Cette question n'a été posée dans aucune enquête depuis.

Entre 1990 et 1996, les toxicomanes sont considérés comme des malades par une très grande majorité, mais cette opinion n'empêche pas 6 personnes sur 10, dans le milieu des années 1990, de les trouver « agressifs et dangereux ». On constate toutefois dans certaines enquêtes que, dès lors que le protocole ne les oppose pas de fait, les deux notions de malade et de délinquant peuvent coexister. Le clivage classique entre malade et délinquant ne reflète pas de manière suffisamment précise la perception des toxicomanes que peut avoir le public. De plus, lorsque le répondant dispose d'une modalité supplémentaire lui permettant de caractériser la toxicomanie comme une fuite, l'opinion qui tend à faire du toxicomane un malade perd de son caractère immuable. On constate ainsi que ces avis peuvent évoluer en fonction des modalités de réponse proposées.

Les fumeurs occasionnels de cannabis ne sont considérés comme des toxicomanes que par une minorité. En 1997, seuls 29 % des répondants considèrent que quelqu'un qui fume un joint par plaisir de temps en temps est un toxicomane. L'idée selon laquelle les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive est partagée par moins de la moitié des Français en 1995, tendance en légère baisse depuis 1992. Cet item, comme de nombreux autres, pose le problème de la définition du terme. Un individu souhaitant distinguer les toxicodépendants aux opiacés des usagers réguliers de cannabis se positionnera en effet difficilement sur cette question.

Dans l'ensemble, les opinions et attitudes les plus tolérantes vis-à-vis de l'usage de drogues se rencontrent chez les personnes ayant un niveau d'études supérieur, les habitants des zones plutôt urbanisées et chez les femmes. On retrouve également dans cette catégorie les personnes ayant eu des contacts avec la drogue et en particulier les consommateurs.

Ces tendances se confirment au cours des années 1990. Cependant, en ce qui concerne les jeunes, si cette idée de tolérance apparaît dans certaines enquêtes, elle n'est pas systématique.

Prévention et soins

En termes de contribution aux actions de prévention au sens large, les enquêtes montrent que le rôle de la famille reste primordial. D'autres enquêtes révèlent que celle-ci a pris une importance croissante entre 1988 et 1997, en tant que lieu de dialogue notamment. À noter également, la place plus importante occupée par les médias en 1998, et celle du milieu scolaire en tant que lieu de prévention privilégié. En termes de communication, d'après les personnes interrogées, la notion d'information (que l'on peut aller chercher auprès du système sanitaire et social, et en particulier du médecin) apparaît bien distincte de celle de prévention (qui doit venir de la famille et, dans une moindre mesure, de l'école). La télévision représente, elle aussi, mais d'une manière moins manifeste, un recours envisageable.

Les actions de prévention perçues comme les plus efficaces allient la possibilité de mettre en place un dialogue à une certaine dimension de proximité (politiques locales). Il convient notamment de remarquer que 90 % des Français s'accordent sur l'efficacité du renfort des actions de prévention dans les établissements scolaires. Ces chiffres tendent à confirmer la part importante laissée à la prévention au sein de l'opinion publique. Cependant, en 1992, un tiers des Français environ estime que « parler de la drogue éveille la curiosité » à leur égard.

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

Concernant l'attitude face à un enfant qui se drogue, le recours au dialogue est une valeur stable dans le temps. Si c'est l'enfant lui-même qui fait la démarche d'informer ses parents, le dialogue remporte même 88 % des suffrages. En 1996, on constate que les bonnes dispositions des Français concernant un engagement personnel en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies (68 % sont prêts à participer à des séances d'information sur ce thème) diminuent lorsque l'action proposée se rapproche des usagers (59 % accepteraient de participer régulièrement à des groupes d'entraide, 56 % de consacrer bénévolement deux heures par semaine pour aider une association).

Répression

Dans toutes les enquêtes, la répression à l'égard des revendeurs et des trafiquants recueille une forte approbation (82 % y sont favorables en 1996 et 94 % en 1997).

Les mesures coercitives à l'encontre des usagers sont jugées moins efficaces par le public que les actions d'information et de prévention (près de 50 % sont favorables au renforcement des actions policières), surtout lorsque la proposition est trop catégorique (93 % rejettent l'idée selon laquelle « la seule solution, c'est de mettre tous les toxicomanes en prison » et seuls 6 % pensent qu'emprisonner un toxicomane lui permettra d'arrêter définitivement la drogue).

Les analyses d'urine sont une mesure perçue comme légitime par une majorité si elles doivent être pratiquées par la police, par un tiers environ si c'est par l'employeur, et par un quart dans le cadre d'une embauche.

En termes de peine, l'idée majoritaire qui semble se dégager serait qu'il faut engager des poursuites et des peines légales contre les consommateurs d'héroïne et de cocaïne (85 % d'accord), de cannabis (environ 70 %) ou d'alcool.

(environ 50 %). Cependant, cette notion peut être remise en cause lorsque les termes employés dans la proposition diffèrent, les trois quarts des répondants **n'étant pas d'accord avec l'idée que les toxicomanes doivent être punis**. Dans le débat sur le statut juridique du cannabis, on note entre 1993 et 1997 une baisse de 69 % à 64 % des avis favorables à la pénalisation de son usage, et une légère hausse de la proportion d'individus favorables à la distinction entre les « drogues dures » et les « drogues douces » est observable. L'acceptation de **l'idée de mise en vente libre du cannabis reste minoritaire** face à l'opinion qui la considère comme une incitation à la consommation. Cette éventualité **a néanmoins peu à peu perdu le statut marginal qu'elle avait au début des années 1990** (32 % en 1998 contre 10 % en 1992).

Repères méthodologiques

Le suivi des tendances par l'analyse simultanée des différentes études est rendu difficile par de nombreux facteurs :

Différences de contexte (chaque enquête a un esprit particulier, il est parfois délicat d'isoler des items).

Problématiques évoluant avec le temps (nouvelles substances, nouvelles tendances – distribution contrôlée d'héroïne, de cannabis –, tendances revenant de manière récurrente - dépénalisation, sevrage, etc.).

Différences de protocoles (mode de collecte, tranche d'âge interrogée, formulation, questions incluses dans des enquêtes préexistantes au contexte plus large : "omnibus" ou mise en œuvre d'une enquête *ad hoc*, etc.).

Types d'échantillonnage (aléatoire, par quotas, par grappe en milieu scolaire, etc.).

Lorsque la méthodologie de deux enquêtes rend leurs résultats comparables dans des conditions suffisamment acceptables, l'écart constaté sur une même question est jugé significatif s'il est supérieur à une valeur seuil, calculée en tenant compte de la taille des deux échantillons. Il a été convenu d'approximer les intervalles de confiance pour les différents taux étudiés suivant une hypothèse de normalité, pour un risque d'erreur de première espèce (risque égal à 5 % de se tromper en concluant qu'il y a une évolution significative).

Dans les cas où la méthodologie ne permet pas une comparaison raisonnable, une mise en évidence des facteurs introduisant des confusions est effectuée, et des conclusions sur les choix méthodologiques à effectuer pour de futures enquêtes peuvent parfois être dégagées.

USAGERS DE DROGUES ET INSTITUTIONS

Usagers de drogues pris en charge par le système sanitaire et social

Pour en savoir plus :

- BECK (F.), *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie : État des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 1980*, Rapport OFDT, 1998.
- Enquête Eurobaromètre 43.0 et 43.1 (jeunes) de juin 1995, *Prévention des toxicomanies : les Européens et la drogue*, INRA, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1996
- BECK (F.), *Les Français et les drogues : perceptions, opinions et attitudes 1988-1998*, Tendances n°1, OFDT, avril 1999.

Dispositif d'accueil téléphonique : Drogues info service

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

Ce service gratuit, anonyme, ouvert 24 heures sur 24, est accessible par un numéro vert : 0 800 23 13 13. Les pôles d'accueil téléphonique sont situés dans six villes : Lille, Lyon, Marseille, Paris, Strasbourg et Toulouse.

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

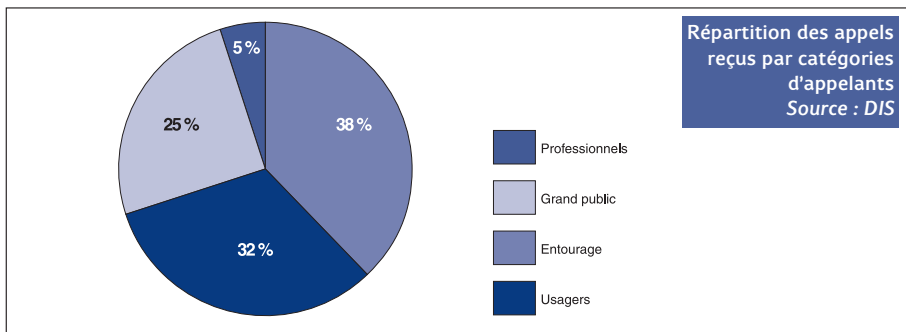
Les appels reçus permettent d'établir des statistiques sur le volume d'appel, sur les personnes qui téléphonent et sur la nature de leur demande. Ces statistiques d'activité ne peuvent prétendre donner une image exacte de l'ensemble des personnes concernées par la drogue. Elles permettent tout au plus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

Le volume d'activité

En 1998, Drogues info service a reçu 620 000 appels, nombre en augmentation de 24 % par rapport à l'année 1997. Cette forte augmentation, qui fait suite à une année où le nombre d'appels est resté stable, s'explique par une reprise des actions de communication dès le début 1998 et par une présence marquée du sujet dans les médias. Sur l'ensemble des appels de 1998, 161 000 ont pu être traités dont 30 % de demandes d'aide (y compris les demandes d'information) et 70 % d'appels périphériques (appels muets, raccrochés, blagues, etc.). L'analyse des appels présentée ci-après ne porte que sur les 30 % de demandes d'aide.

Les catégories d'appelants

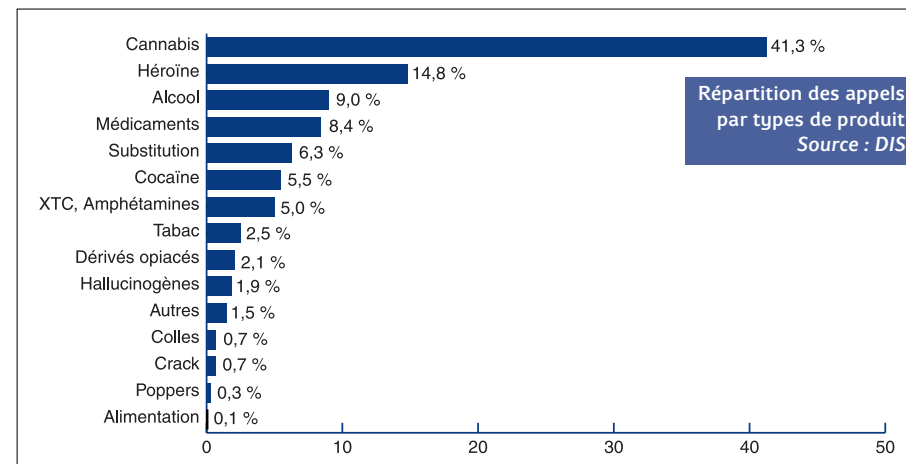
La répartition par catégorie d'appelants a subi quelques variations par rapport à 1997, mais on ne peut déceler de véritable tendance à plus long terme. En 1998, 38 % des appels proviennent de l'entourage immédiat des usagers de drogues (contre 41 % en 1997), 32 % des usagers de drogues, 25 % du grand public (non-usagers, n'appartenant pas à l'entourage immédiat d'usagers), chiffre en augmentation de trois points par rapport à 1997, et 5 % de professionnels, spécialisés ou non dans l'intervention en toxicomanie. Les femmes sont majoritaires parmi les appelants (56 %), mais



cette répartition varie suivant la catégorie des appels : les appels de l'entourage sont à 79 % féminin, ceux des professionnels à 65 % et ceux du grand public à 50 %. En revanche, les deux tiers des usagers qui appellent Drogues info service sont des hommes, ce qui est en accord avec la forte prédominance masculine chez les consommateurs de drogues.

Les produits cités

Le cannabis est de loin le produit le plus cité, sa part continuant à progresser d'année en année (41 % en 1998 contre 39 % en 1997 et 30 % en 1995). L'héroïne n'apparaît plus que dans 15 % des appels en 1998 contre 30 % en 1995. Les médicaments et l'alcool viennent en troisième position avec 9 et 8 % des appels, leur part dans les appels restant quasiment stable par rapport à 1995. Les produits de substitution sont mentionnés dans 6 % des cas en 1998. Les médicaments et l'alcool apparaissent beaucoup plus fréquemment si l'on se réfère aux appels pour lesquels sont cités au moins trois produits : les médicaments dans 25 % des cas, le cannabis dans 16 % et l'alcool dans 12 % (chiffres 1997). La cocaïne et l'ecstasy sont mentionnées pour chacun de ces produits dans 5 % des cas et leur part ne semble pas avoir significativement augmenté depuis 1995.



Repères méthodologiques

Les données sur le volume des appels émis et traités proviennent de l'installation téléphonique. Les autres données sont établies à partir des fiches d'appels remplies par les chargés d'accueil. Les fiches d'appels recensent, à travers un ensemble d'items, des renseignements concernant l'appelant comme l'âge, le sexe, la nature de la demande et le produit utilisé. Les chargés d'accueil doivent obligatoirement remplir la rubrique sur la catégorie d'appelants, les autres rubriques étant facultatives. Le taux de remplissage varie donc sensiblement d'un item à l'autre et influe sur la qualité de la représentation statistique.

Pour en savoir plus :

- Drogues info service, *Annuaire des services spécialisés en toxicomanie*, édition 1997, à paraître.
- Drogues info service, *Rapport annuel 1998 du Groupement d'intérêt public*, à paraître.

⁶¹ Les appels de la mère représentent 40 % des appels de l'entourage, ceux du père 7 %.

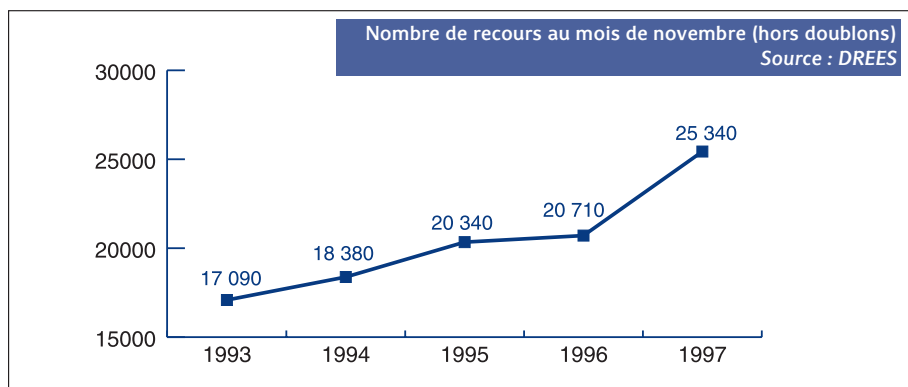
Usagers de drogues suivis par les institutions sanitaires et sociales

Les statistiques de recours sont avant tout un indicateur de l'offre et de la demande de soins. Elles permettent de tenter d'appréhender le nombre d'usagers pris en charge pendant une période donnée dans les différentes institutions regroupées en trois grandes catégories : structures spécialisées, établissements sanitaires et établissements sociaux. La principale difficulté du dénombrement d'usagers pris en charge tient à la possibilité de double compte. Un même usager peut avoir fréquenté simultanément ou consécutivement plusieurs établissements pendant une période donnée. Il n'est même pas exclu qu'un usager soit compté plusieurs fois par la même structure. En adoptant une période d'enquête d'un mois, on diminue la possibilité de double compte, mais on ne l'élimine pas totalement. Une question de l'enquête sur la fréquentation des autres structures permet de les réduire encore d'avantage. Autre difficulté : l'usage de drogues, s'il n'est pas l'objet même de la prise en charge, est plus ou moins perceptible. Finalement, c'est surtout l'usage à problèmes (d'ordre sanitaire ou social), parce que le plus visible, qui sera recensé.

Le suivi de l'évolution dans le temps du nombre d'usagers pris en charge se heurte au problème de variations du champ d'enquête, particulièrement délicat dans les établissements sanitaires sujets à de fréquentes réorganisations des services. Pour les trois catégories d'établissement, on constate également une fluctuation du nombre d'établissements répondants, ce qui rend nécessaire la distinction entre les données courantes et les données exprimées à champ constant.

Les recours au système sanitaire et social au mois de novembre

En novembre 1997, 25 338 recours dans les structures sanitaires et sociales ayant répondu à l'enquête ont été recensés. La progression du nombre des recours est très rapide en 1997 (23 %) après avoir été faible en 1996 (2 %). Mais ces différences sont principalement dues aux fluctuations du champ de l'enquête au cours de cette période. L'augmentation enregistrée en 1997 est due, pour un peu plus de la moitié, aux variations du nombre de structures ayant répondu à l'enquête. **À champ constant, les recours augmentent d'environ 10 % en 1997.** A l'inverse, les recours de 1996 sont minorés par une diminution du nombre de répondants et la progression à champ constant est d'environ 6 %. Les résultats de 1996 et 1997 confirment la tendance constatée antérieurement à l'augmentation régulière du nombre de recours depuis le début des années 1990.



Avec 15 276 prises en charge, les recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes restent beaucoup plus nombreux que les recours aux établissements sanitaires (8 122) ou aux établissements sociaux non spécialisés (5 188). Il s'agit ici de chiffres bruts auxquels ne sont pas retirés les doubles comptes, ce qui explique que la somme des recours soit supérieure au chiffre global cité plus haut.

Les recours dans les centres spécialisés

Recours du mois de novembre

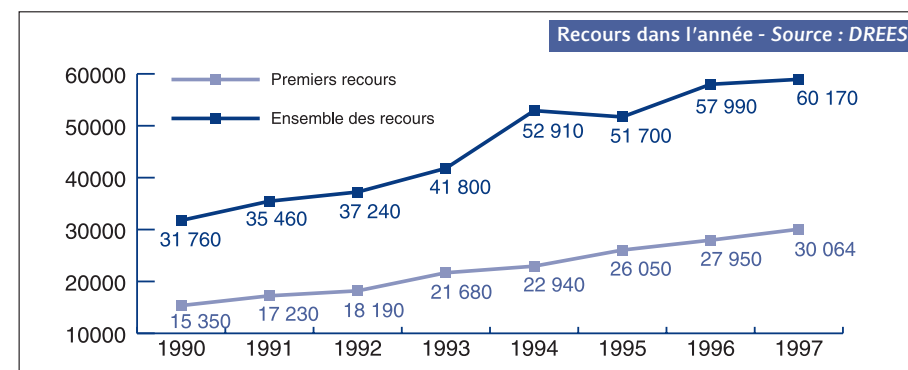
L'augmentation globale des recours au mois de novembre est en large partie due à la progression des prises en charge dans les centres spécialisés. À champ constant, ces recours augmentent de près de 10 % en 1996 et 1997. Cette évolution peut-être expliquée par le développement de l'offre de traitements de substitution. Les centres spécialisés prennent en charge directement un nombre croissant d'usagers à ce titre. Les médecins de ville, qui voient davantage d'usagers de drogues leur demander un traitement de substitution et en orientent une partie vers les centres spécialisés, contribuent également à la croissance des recours.

Sur l'ensemble des recours du mois de novembre aux centres spécialisés, on comptait 36 % de premiers recours en 1997, proportion restée stable depuis 1994.

Recours dans l'année

Au cours de l'année 1997, 60 170 usagers de drogues ont été pris en charge dans les centres spécialisés. L'augmentation du nombre de prises en charge recensées dans l'année est modérée (3,7 %) et fait suite à une hausse d'environ 10 % entre 1995 et 1996. À champ constant, le nombre de recours diminue de 9 % en 1997. L'écart entre le rythme d'augmentation des prises en charge dans les centres spécialisés en novembre 1997 et dans l'année est très important. Ces différences d'évolution peuvent, là aussi, s'expliquer par la place croissante prise par la substitution dans les centres spécialisés. Si on émet l'hypothèse que la substitution tend à stabiliser les patients auprès des centres, un nombre identique de prises en charge dans l'année peut s'accompagner d'une présence plus importante, en moyenne, au cours de chaque mois de l'année.

La moitié environ des prises en charge annuelle sont des premiers recours. Cette proportion tend à rester constante depuis le début des années 1990.



Origine de la prise en charge

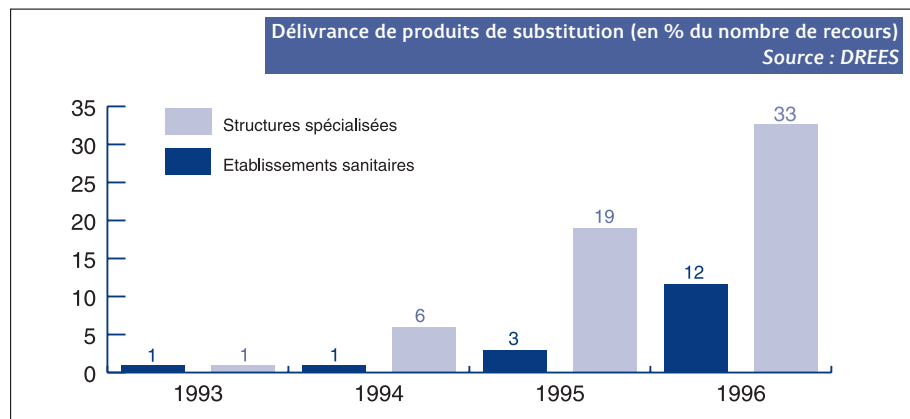
Les usagers ont déclaré être venus consulter dans les centres spécialisés et les établissements sanitaires de leur propre initiative dans un peu moins de la moitié des cas (45 %). Ils sont venus adressés par un médecin ou la famille dans 11 % des cas chacun, par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes dans 8 % des cas, par un hôpital ou un service social dans respectivement environ 6 et 4 % des cas. Enfin, une mesure judiciaire est à l'origine de la prise en charge pour 8,5 % des recours (21 % des cas lorsque le cannabis est le premier produit à l'origine de la prise en charge, près de 7 % pour l'héroïne).

Évolution des modes de prises en charge

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

Dans l'enquête de 1997, la question sur la nature de la prise en charge a disparu, mais une question a été introduite sur les traitements de substitution, mentionnés dans 42 % de l'ensemble des recours (Subutex® 26 %, méthadone 14 %) et **54 % des recours aux centres spécialisés** (Subutex® 31 %, méthadone 21 %, autres 2 %).

On notera par ailleurs la diminution de la proportion de prises en charge pour affection somatique dans les établissements sanitaires, qui passe de 28 à 20 % entre 1993 et 1996, compensée par l'augmentation des recours pour affection psychiatrique (augmentation de 18 à 26 %). Ces statistiques, qui reposent sur la mention du type de prise charge principale, ne rendent peut-être pas complètement compte de la complexité de la prise en charge, bien souvent multiforme.



Nombre de toxicomanes pris en charge en novembre 1997 et nombre d'établissements ayant répondu à l'enquête.

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de toxicomanes
Centres spécialisés	271	15276
Etablissements sanitaires	513	8122
Centre hospitalier régional	56	2502
Centre hospitalier et hôpital	268	2363
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et hôpital psychiatrique privé faisant fonction de public	107	2634
Maison de santé pour malades mentaux	77	312
SMPR	5	311
Etablissements sociaux	538	5188
Centre d'hébergement et de réadaptation sociale	336	1978
Club et équipe de prévention	202	3210

Source : DREES

Note : les 271 établissements spécialisés ayant répondu à l'enquête en 1997 peuvent se décomposer en 218 centres de traitement pour toxicomanes, 15 antennes toxicomanes, 31 centres d'accueil pour toxicomanes, et 7 centres d'hébergement et de réadaptation sociale accueillant principalement des usagers de drogues.

Repères méthodologiques

➔ Enquête Toxicomanie de novembre, SESI

On recense les usagers de drogues ayant recours au système sanitaire et social pendant le mois de novembre, que la prise en charge ait débuté avant ou pendant la période d'observation. Il est demandé de remplir un certain nombre de rubriques (âge, sexe, produit consommé, etc.) pour chaque personne recensée. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes fournissent également un chiffre global du nombre de personnes prises en charge pendant l'année.

Jusqu'en 1996 devaient être inclus dans l'enquête les usagers de drogues ayant consommé de façon prolongée et régulière des produits illicites ou des produits licites détournés de leur usage normal. Les usagers occasionnels et les personnes dépendantes à l'alcool étaient exclus du champ de l'enquête.

Quelques modifications ont été introduites dans l'enquête en 1997. Les antennes toxicomanie et les services de gynécologie obstétrique ont été ajoutés à la liste des structures et services sondés. Les critères d'inclusion dans l'enquête sont exprimés de façon légèrement différente : « personne en hospitalisation complète et partielle uniquement qui est prise en charge pour un problème de toxicomanie, que cette personne soit sevrée ou consomme toujours, et/ou toute personne ayant consommé au cours des derniers mois des produits illicites ou licites détournés de leur usage normal ». Les personnes souffrant exclusivement de dépendance alcoolique sont toujours exclues du champ de l'enquête.

Certaines rubriques ont été supprimées, notamment celle sur la nature de la prise en charge, d'autres ont été ajoutées (origine de la prise en charge, ajout de l'ecstasy dans la liste des produits consommés). Les modifications apportées restent relativement mineures.

Les établissements sanitaires relevant de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris n'ont été enquêtés que sur une semaine, ce qui a conduit à estimer les prises en charge durant le mois, à l'aide d'un coefficient de redressement.

Une analyse plus fine des résultats de l'enquête 1995 a permis de déceler une erreur importante relative au nombre de recours annuels aux centres spécialisés. Ce nombre de 64 738 recours annuels dans les centres spécialisés – tel qu'il était publié dans le dernier rapport de l'OFDT et dans la publication du ministère de l'Emploi et de la Solidarité⁶⁵ – a été redressé à 51 700.

⁶⁵ La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1995, Documents statistiques n° 298, Service des statistiques des études et des systèmes d'information, février 1998.

Pour en savoir plus :

- DREES (ex SESI), *Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996, Etudes et résultats n° 1*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1998, 6 p.
- DRESS (ex SESI), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996*, Documents Statistiques, ministère du Travail et des Affaires sociales, 1999, à paraître.

Les recours au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

En 1997, les structures ayant répondu au questionnaire envoyé par la DGS (201 sur 227 entités juridiques) ont déclaré 93 868 personnes venues les consulter. À champ constant, le nombre de consultants a augmenté de 9,6 % en 1997 et de 2,5 % en 1996. Sur l'ensemble des consultants de 1997, 50 % consultaient pour la première fois, 20 % ne sont venus qu'une fois et près de 15 % étaient des proches des buveurs. Ces proportions ont peu varié depuis 1994. Les « nouveaux consultants buveurs » représentaient près de 43 % de l'ensemble des consultants. Parmi eux, près de 38 % était orienté par le milieu médical, dans un peu plus d'un cas sur deux par l'hôpital. Un quart des nouveaux consultants buveurs étaient orientés par les services administratifs (alcoolémie routière, justice, DDASS, etc.), 12 % par les services sociaux, 4 % par les associations et près de un nouveau consultant sur cinq est venu de sa propre initiative ou conseillé par un proche.

Les deux tiers des « nouveaux consultants buveurs » sont perçus comme alcool-dépendants, un peu plus de 20 % comme des buveurs excessifs et 13 % comme des buveurs occasionnels, cette dernière catégorie étant recrutée essentiellement par l'alcoolémie routière. La proportion d'alcool-dépendants a tendance à augmenter d'année en année et celle des buveurs excessifs à régresser. Le dispositif spécialisé s'adresse majoritairement et de plus en plus aux personnes les plus en difficultés avec l'alcool.

Source : *Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1997*, informations issues de l'exploitation du rapport type : Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 1999.

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

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

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

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

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

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

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

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

Des médecins plus formés dont certains se spécialisent.

Par rapport à 1995, les médecins sont plus nombreux à être formés, à se considérer formés et à connaître l'existence de réseaux. Les praticiens recevant beaucoup d'usagers (plus de 10) exercent plus souvent dans des villes de plus de 20 000

habitants, en particulier en régions PACA, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais. Ils s'estiment plus souvent formés, connaissent mieux les réseaux et ont une activité liée à la toxicomanie en dehors de leur cabinet. Ils représentent 22 % de l'échantillon de 1997.

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

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

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

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

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

Repères méthodologiques

→ Trois enquêtes réalisées en 1992, 1995 et 1998 par la société EVAL.

En 1992, 121 médecins généralistes exerçant dans quatre régions à forte densité de toxicomanes (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes) ont été interrogés.

En 1995, l'échantillon était composé de 288 médecins généralistes sur toute la France, dont 144 dans les quatre régions couvertes par l'étude précédente.

En 1997, cet échantillon comprenait 300 médecins sur toute la France, dont 124 dans ces mêmes quatre régions.

Les échantillons ont été constitués par tirage au sort à partir de listes France Télécom avec une procédure de remplacement préétablie en cas de refus.

Les trois enquêtes ont été réalisées par entretien téléphonique et les trois questionnaires ont repris en grande partie les mêmes questions. Les médecins étaient interrogés sur leur activité de l'année précédant l'enquête. Les comparaisons 1995-1997 portent sur l'échantillon global. Seule une sous-analyse sur les quatre régions citées a permis la comparaison sur les trois années. Les différences mentionnées ici sont celles statistiquement significatives (seuil de 5 %).

Les taux de refus étaient respectivement pour les trois enquêtes de 25 %, 29 % et 25 %. Chaque fois, les médecins ayant refusé de répondre prenaient moins en charge les toxicomanes. L'échantillon final était néanmoins représentatif des médecins généralistes français.

Pour en savoir plus :

■ BLOCH (J.), CURT (F.), MONAQUE (C.), PIRAULT (S.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98, Rapport OFDT, EVAL, 1998, 49 p.*

Indicateurs de la réduction des risques : ventes et distributions de seringues

L'amélioration de l'accessibilité aux seringues stériles est un objectif de santé publique visant à réduire la transmission des infections virales (VIH, VHB, VHC). Il s'agit de réduire le partage et la réutilisation des seringues, ce qui doit se traduire par une augmentation des seringues vendues en pharmacie et de celles distribuées par les « Programmes d'échanges de seringues ». Dans cette perspective, les messages de prévention incitent les usagers de drogues à faire un usage personnel et unique des seringues.

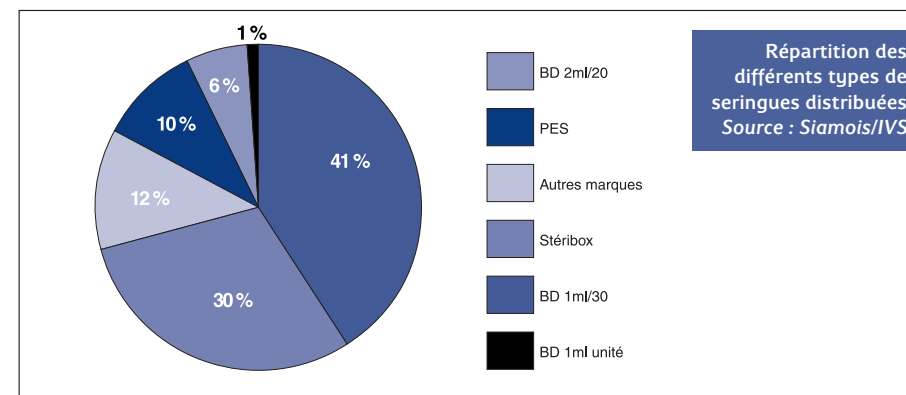
Les usagers de drogues utilisent principalement des seringues de 1 ml de marque Becton-Dickinson, vendues soit sous forme de Stéribox® (trousse de prévention contenant 2 seringues, 2 tampons alcoolisés, un flacon d'eau stérile, un préservatif et des messages de prévention), soit à l'unité sous blister, ou le plus souvent à partir de conditionnements en lots destinés pour l'essentiel aux diabétiques insulino-dépendants.

Au total, on peut estimer à 13,8 millions les seringues vendues aux usagers de drogues en pharmacie en 1997.

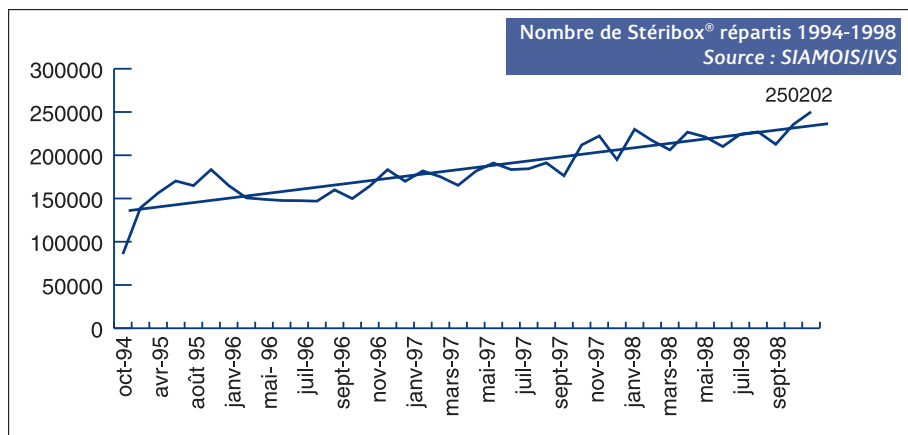
Sur ce total, 4,6 millions correspondent à la vente de Stéribox® et 122 800 à la vente de seringues BD 1ml sous blister.

À partir d'une enquête nationale menée sur un échantillon représentatif de 400 pharmaciens, la firme Becton-Dickinson estime d'autre part que 11 % des seringues de 1 ml provenant des lots de 30 (et 16 % des seringues de 2 ml provenant des lots de 20) sont vendus chaque année à des usagers de drogues ; soit respectivement 6,4 millions et 921 000 unités. Enfin, cette marque, qui représenterait 80 % du marché de la seringue en pharmacie, estime à 1,87 million le nombre de seringues d'autres marques vendues chaque année aux usagers de drogues.

En complément des ventes en pharmacie, des seringues sont distribuées gratuitement par des services de première ligne appelés « Programmes d'échanges de seringues ». La plupart sont conventionnés et financés par la Direction générale de la santé, les autres fonctionnant sur des fonds privés ou des budgets accordés par les collectivités territoriales. L'information recueillie auprès de l'ensemble des programmes d'échange de seringues français permet d'estimer à 1,5 million le nombre de seringues distribuées par ces structures en 1996. Cette distribution représente donc entre 10 à 11 % du total des seringues utilisées par les usagers de drogues dans l'année.



Il existe une tendance croissante modérée pour les ventes de Stéribox® avec des fluctuations saisonnières, après la phase de montée en charge consécutive à la mise en vente en pharmacie de ce produit à l'automne 1994. Les ventes de seringues de 1 ml et de 2 ml ont été stationnaires en 1996 et 1997.



Ces évolutions doivent être interprétées, sous l'hypothèse d'une population d'usagers injecteurs stationnaire, comme le résultat d'une augmentation des injections à moindre risque (moins de réutilisation, moins de partage) et de l'impact des traitements de substitution qui tendent à faire baisser le recours à l'injection. La contribution respective de ces deux facteurs ne peut être évaluée.

L'impact de la politique d'accessibilité des seringues sur la transmission du VIH chez les usagers de drogues est difficile à quantifier, mais paraît incontestable. **Plus généralement, et ce jusqu'à l'apparition des trithérapies en 1996, diverses études épidémiologiques laissent supposer que l'impact de la politique de réduction des risques contribue à la diminution, puis à la stabilisation des nouvelles contaminations VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse observée à partir du début des années 1990. À partir de 1996, la chute très importante (-36 % entre le premier et le second semestre 1996, -31 % entre le second semestre 1996 et le premier semestre 1997) des nouveaux cas de Sida chez les UDIV (témoins de contaminations survenues plusieurs années auparavant) tient essentiellement aux effets des trithérapies qui retardent, entre autres, l'entrée dans le Sida des sujets séropositifs traités. S'il y a encore un impact de la réduction des risques sur les nouveaux cas de Sida déclarés à partir de 1996, il est donc impossible d'apprécier tant l'effet des trithérapies est prévalent.**

En revanche, cette accessibilité accrue aux seringues semble avoir moins d'effet sur la transmission du virus de l'hépatite C, dont la prévalence demeure particulièrement élevée chez les usagers de drogues. Pour une explication de ce phénomène, et pour plus de détails sur les infections VIH, VHC et VHB, on se référera à la partie consacrée à la morbidité chez les usagers de drogues et aux contributions de la partie « Tendances » qui abordent le sujet.

Pour en savoir plus :

■ Institut de veille sanitaire, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques à travers le système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et à la substitution, 1999, rapport à paraître.

Repères méthodologiques

➔ Système SIAMOIS :

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

Usagers sous traitement de substitution

La politique de santé en matière de lutte contre la toxicomanie, mise en œuvre ces dernières années, a profondément modifié la prise en charge des usagers de drogues en France avec la mise à disposition dans les centres de soins et dans les cabinets de ville des traitements de substitution.

La croissance rapide et soutenue des ventes de Subutex® depuis sa mise sur le marché en janvier 1996, témoigne de la mise et du maintien sous traitement d'un nombre important d'usagers dépendants de l'héroïne. Depuis l'automne 1995, la dispensation de méthadone en officine a connu une croissance modérée. Cette modération peut être mise en relation avec un cadre de délivrance plus stricte : initiation du traitement de méthadone en centre spécialisé, dont les capacités sont limitées du fait que les patients doivent venir chaque jour, ou au moins chaque semaine, stabilisation de l'usager requise pour un relais en médecine générale, durée de prescription limitée à 7 jours.

On ne dispose pas d'information individuelle permettant de connaître les effectifs des patients bénéficiant des différents traitements de substitution. Cependant, une estimation peut être faite sous certaines hypothèses à partir des ventes en pharmacie issues du système SIAMOIS.

De plus, l'enquête de 1997 auprès des médecins généralistes propose une approximation du nombre déclaré de personnes ayant eu accès au traitement dans le cadre d'une consultation (qu'elles aient ou non observé leur traitement tout au long de l'année). Cette enquête ayant les limites de toute enquête déclarative, les chiffres sur le nombre de personnes sous substitution qui en sont issus ne peuvent être considérés comme parfaitement fiables. Les biais possibles paraissent cependant relativement limités.

Pour tous les aspects relatifs à l'évaluation des traitements de substitution, on se reportera aux contributions sur la substitution à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage (Subutex®) de la partie « Tendances ».

Nombre d'usagers sous substitution

Pour être efficace, un traitement de substitution doit être pris chaque jour à la dose prescrite. Sur la base d'une dose moyenne de Subutex® de 8 mg/jour observée dans certaines études (SPESUB) et sous l'hypothèse d'une stricte observance du traitement, les ventes mensuelles correspondent en décembre 1998 à 57 100 patients par mois, sans que l'on puisse connaître la part respective des traitements prescrits en cabinet de ville et en centre de soins. Pour la méthadone, sur la base d'une dose moyenne prescrite de 65 mg/jour, cette estimation est de 2 770 patients par mois suivis en ville en décembre 1998. À ce nombre estimé à partir de la méthadone délivrée en ville, il faut ajouter celui des patients suivis en centre de soins, soit environ 4 380. On obtient un total de 7 150 patients-mois sous traitement de substitution à la méthadone en décembre 1998, sous l'hypothèse d'une dose moyenne prescrite de 65 mg.

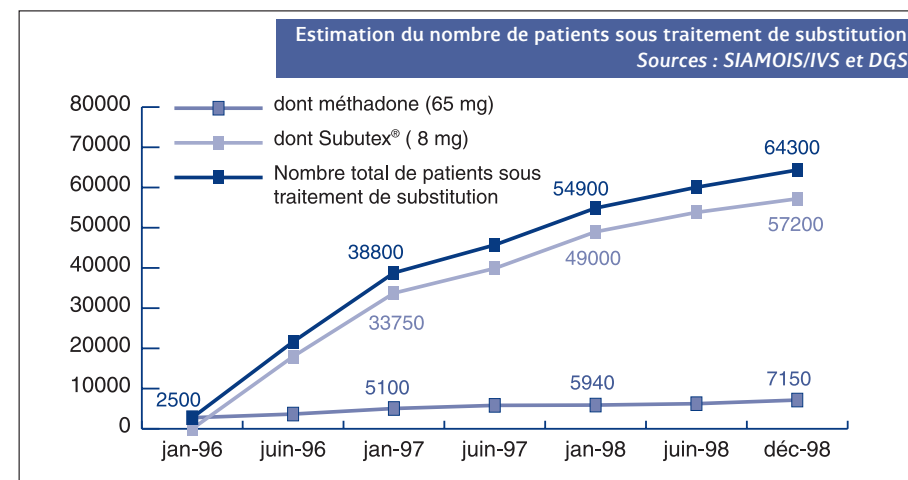
Le nombre réel de personnes recevant ces médicaments est affecté par certains phénomènes : recours à des prescriptions multiples, revente ou troc des médicaments acquis en pharmacie, alimentant une consommation hors traitement. Bien qu'observés par les acteurs de terrain, ces phénomènes ne peuvent être quantifiés, mais il est probable que le nombre des usagers consommant ces médicaments pendant une période donnée est supérieur au nombre estimé à partir des seules ventes (surtout dans le cas de Subutex®).

Évolution

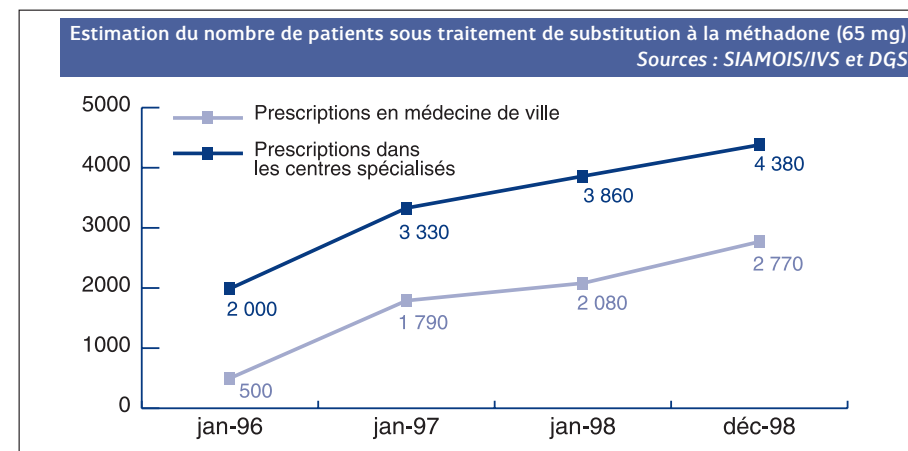
La croissance des ventes de Subutex® a été soutenue depuis sa mise sur le marché au début 1996 mais tend à ralentir : + 7 500 unités par mois (exprimées en équivalent boîtes de 8 mg) soit en moyenne sur deux ans et demi un taux de croissance de + 12 % par mois. En ne prenant pas en compte les six premiers mois de l'année 1996 qui correspondent à

la phase de montée en charge, ce taux moyen de croissance mensuelle se situe autour de + 5 %. Les ventes ont augmenté de 37 % entre le deuxième semestre 1996 et le premier semestre 1997 et de près de 9 % entre le premier et le deuxième semestre de 1998.

Reposant principalement sur les médecins généralistes, la dispensation de Subutex® ne connaît pas vraiment de limites liées à l'offre et dépend surtout de l'évolution de la demande des usagers.



La croissance de la délivrance de méthadone a été progressive, car elle a tout d'abord été liée au nombre de places déterminées par la Direction générale de la santé. Malgré l'augmentation du nombre des centres prescripteurs et la possibilité de poursuite des traitements en médecine de ville, la délivrance de méthadone reste freinée par les conditions d'initiation du traitement qui requièrent un encadrement professionnel ne pouvant suivre qu'un nombre limité de patients. La croissance du nombre de patients sous méthadone a été modérée au second semestre 1997 et a augmenté plus fortement en 1998.



Comparaison entre le nombre de patients sous Subutex® estimé à partir des ventes en pharmacie, et celui établi sur la base des déclarations de médecins généralistes.

D'après une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes, le nombre de personnes auxquelles les médecins déclarent avoir prescrit un traitement de substitution à la buprénorphine au cours de l'année 1997 est compris entre 80 000 et 140 000, avec une moyenne estimée de 110 000.

Les patients peuvent changer de médecins au cours de l'année, ou avoir recours à plusieurs médecins au cours d'une même période (multi-prescriptions). L'enquête auprès des médecins généralistes produit donc une surestimation des patients en traitement, à l'inverse de l'estimation fondée sur les volumes vendus de Subutex® qui sous-estime largement le nombre réel de consommateurs. Chacune de ces deux estimations souffre de limites méthodologiques plus ou moins importantes. Celle établie par l'enquête auprès des généralistes peut présenter des biais de représentativité de l'échantillon ou de mémorisation des déclarations. De plus, elle ne permet pas de connaître le taux de doublon. L'estimation issue de SIAMOIS, bien que reposant sur des données exhaustives, ne permet pas quant à elle d'appréhender le renouvellement des consommateurs.

Au-delà de leurs limites intrinsèques, ces deux estimations ne sont pas incompatibles, mais des travaux complémentaires sont nécessaires pour connaître le nombre de patients effectivement suivis dans un cadre thérapeutique.

Repères méthodologiques

Système SIAMOIS :

Nous renvoyons à la présentation de SIAMOIS faite dans la partie sur les matériels d'injection.

Calcul du nombre d'usager-mois sous traitement de substitution à partir des données de ventes.

Le Subutex® est conditionné et vendu sous trois dosages différents : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg. Les boîtes correspondant à chacun de ces dosages contiennent sept comprimés. À partir des quantités de boîtes vendues pour chaque dosage au cours d'un mois, on peut calculer le nombre total de milligrammes de Subutex® correspondant (A). Par exemple, la vente de 100 boîtes à 2 mg équivaut à une quantité de Subutex® égale au produit de 100 boîtes par 7 comprimés par 2 mg, soit au total 1 400 mg.

Si on table sur une prescription moyenne de 8 mg par personne et par jour-prescription confirmée dans l'ensemble par différentes études- on peut facilement estimer le nombre de milligrammes consommés par une personne au cours du mois dans le cadre d'un usage thérapeutique (B) soit 8 mg x 30 jours.

Le rapport (A)/(B) estime le nombre d'usager-mois sous Subutex® 8 mg/j dans l'hypothèse haute d'une stricte observance du traitement.

Le calcul se fait de façon similaire pour la méthadone conditionnée sous forme de flacons contenant 5, 10, 20, 40 ou 60 mg de méthadone, avec une base de prescription moyenne de 60 mg par jour et par patient et sous l'hypothèse haute d'une stricte observance du traitement. L'estimation ainsi obtenue ne concerne que les patients suivis en ville, et doit être complétée par le nombre de patients suivis en centres de soins.

Pour en savoir plus :

■ BLOCH (J.), CURT (F.), MONAQUE (C.), PIRAULT (S.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98, Rapport OFDT, EVAL, 1998, 49 p.*

Usagers de drogues et système pénal

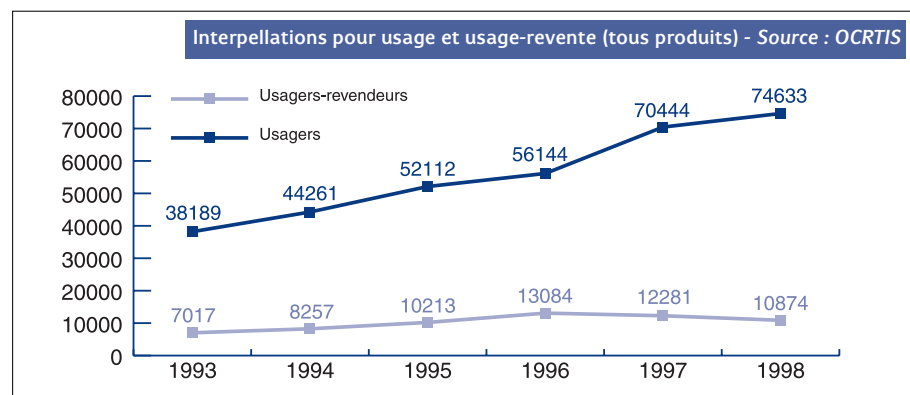
Les interpellations pour usage de drogues illicites

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

Les interpellations

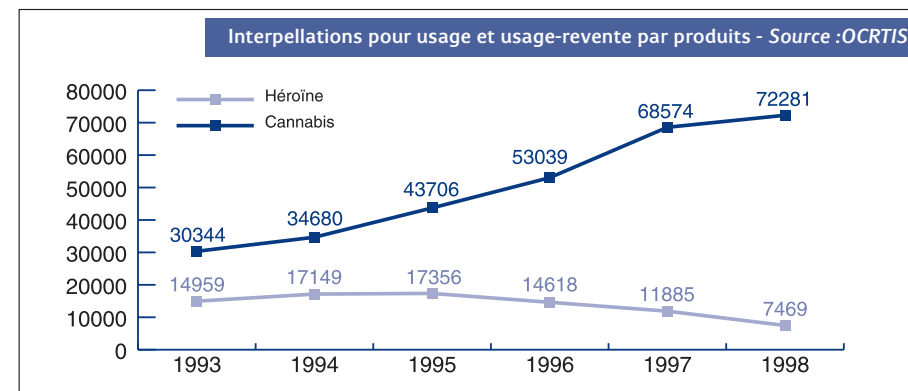
La croissance du nombre d'usagers et d'usagers-revendeurs interpellés a été modérée en 1998 (+ 3,4 %) après avoir été particulièrement forte en 1997 (+ 20 %). Le nombre d'interpellations pour usage a presque doublé entre 1993 et 1998.

Les interpellations d'usagers simples progressent plus vite que celles des usagers-revendeurs. La part des usagers-revendeurs dans le total des interpellations, environ 12 % en 1998, a légèrement diminué depuis 1993. À l'inverse, les usagers simples ont vu leur part dans le total des interpellations augmenter de 74,6 % en 1993 à 82 % en 1998.



La croissance des interpellations d'usagers, enregistrée en 1997 et 1998, recouvre une augmentation du nombre d'interpellations pour usage de cannabis de respectivement 30 et 9 % et une diminution du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne de respectivement 16 et 37 %.

Entre 1993 et 1998, le nombre d'usagers de cannabis a été multiplié par 2,5 alors que le celui d'usagers d'héroïne a été divisé par deux. Les usagers de cannabis représentent 85 % des usagers interpellés contre 63 % en 1993. Les interpellations d'usagers de cocaïne ont beaucoup progressé en 1997 et 1998. En nombre, elles dépassent les interpellations pour usage d'héroïne dans plusieurs départements. Elles ne représentent malgré tout qu'un peu moins de 4 % des interpellations pour usage en 1998.



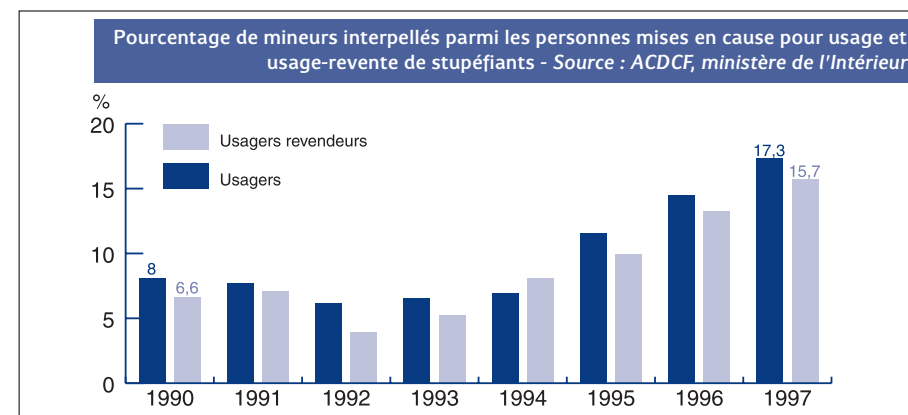
Les usagers simples sont moins fréquemment mis en garde à vue et plus souvent laissés libres qu'auparavant.

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

Un peu moins de la moitié (45 %) des usagers simples interpellés sont placés en garde à vue en 1997 contre 60 % en 1993. La police interpelle beaucoup plus d'usagers, mais place en garde à vue un nombre à peu près stable d'usagers simples. La part des usagers-revendeurs mis en garde à vue, plus élevée que celle des usagers simples en 1993 (76 %), diminue faiblement et se situe à 74 % en 1997.

Sur le total des usagers simples mis en cause, 97,2 % sont laissés libres en 1997 (92,6 % en 1993). La remise en liberté recouvre de nombreuses situations et n'implique pas un abandon de poursuite. Certains peuvent être jugés par la suite après convocation au tribunal.

La part des mineurs dans les usagers interpellés augmente, celle des étrangers diminue. Les mineurs occupent une place de plus en plus importante parmi les personnes mises en cause pour usage et usage-revente, leur part s'élevant de 6,6 à 17,3 % entre 1993 et 1997, pour la première catégorie, et de 5,5 à 15,7 % pour la deuxième.



D'après les chiffres de l'OCRTIS, l'augmentation des interpellations de mineurs et de jeunes adultes de moins de 21 ans contribue à hauteur de 70 % à l'augmentation des interpellations des usagers entre 1995 et 1997. Les interpellations des plus de 25 ans n'expliquent que 6 % de l'augmentation des interpellations des usagers.

Il faut noter, en deuxième lieu, la décroissance significative de la proportion d'étrangers parmi les personnes mises en cause pour usage et usage-revente. Entre 1993 et 1997, la part des usagers étrangers dans le total des usagers baisse de 13,7 à 8,8 % et celle des usagers-revendeurs de 19 à 10,4 %.

La croissance des interpellations en 1997 ne peut être expliquée de façon simple, mais par une combinaison de facteurs, que l'on peut regrouper selon **deux grands axes**. Le premier concerne **d'éventuelles modifications du comportement des services de police et de gendarmerie**. Selon le bilan ⁶⁶ de l'application de la circulaire du ministère de la Justice de 1995 sur l'injonction thérapeutique, presque tous les parquets ont donné des instructions aux services de police et de gendarmerie visant à la systématisation du signalement des usagers. L'application de ces instructions a pu conduire à une augmentation des interpellations recensées. Par ailleurs, des réorganisations internes aux services de police ont pu également jouer en faveur d'une augmentation des interpellations, notamment la tendance à accorder une plus grande autonomie aux services de la sécurité publique en matière de stupéfiants. Le second axe a trait à **la banalisation des consommations de cannabis et des transformations de leurs contextes d'usage**. En l'état des connaissances, il serait présomptueux de privilégier l'une ou l'autre des pistes explicatives.

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

Le recul des interpellations des usagers d'héroïne entre 1993 et 1998 concerne toutes les classes d'âge, mais ce sont les usagers âgés de 21 à 30 ans qui voient leur part diminuer dans le total des interpellations. Les usagers de 16 à 20 ans maintiennent leur part et les plus de 30 ans l'augmentent.

Les personnes interpellées

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

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

Si ces chiffres viennent confirmer une idée généralement admise, à savoir qu'un usager d'héroïne aura plus souvent affaire à la police, on remarquera toutefois que les trois quarts des usagers d'héroïne interpellés ne le sont qu'une fois. Sur les 82 000 usagers d'héroïne interpellés, seul un noyau de 7 000 personnes est interpellé trois fois ou plus pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

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

On peut, enfin, s'intéresser aux interpellations successives jusqu'en 1997 des personnes mise en cause pour usage de cannabis en 1990. Sur les 19 361 individus usagers de cannabis interpellés en 1990, les trois quarts ne se feront plus connaître des services de police entre 1990 et 1997. Le nombre d'individus interpellés pour usage d'héroïne après une

première arrestation pour usage de cannabis s'élève à 1 443, soit un peu plus de 7 % des usagers de cannabis interpellés en 1990 et 40 % des multi-interpellés.

Repères méthodologiques

➔ Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France par les services de police et de gendarmerie, Service central d'étude de la délinquance de la Direction centrale de la police judiciaire.

On compte ici les arrestations pour ILS ayant fait l'objet d'un procès-verbal transmis au parquet. Les services de police et de gendarmerie utilisent des grilles d'enregistrement identiques pour établir ces statistiques. Il s'agit de faits et non de personnes, certains usagers pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations durant la même année. Une partie importante des infractions douanières relatives aux stupéfiants ne fait pas l'objet de procès-verbal et n'est donc pas comptabilisée.

La qualification de l'ILS en délit d'usage, d'usage-revente ou de trafic pose également des problèmes puisqu'il n'existe pas de critères rigoureux pour effectuer cette qualification. Le mode d'enregistrement n'est donc pas forcément identique d'une année sur l'autre et entre services.

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

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

➔ Etude du fichier FNAIS : exploitation sur une base individuelle.

Cette étude a permis de transformer la base FNAIS en une base individuelle anonyme pour la période 1990-1997. Il devient alors possible de recenser non plus les faits, mais les individus interpellés pour infraction à législation sur les stupéfiants, en évitant les doubles-comptes. Il faut tenir compte dans l'interprétation des données issues de cette base individuelle du fait que les personnes interpellées avant 1990 ne sont pas prises en compte. Cette limitation de période tend à minorer les multi-interpellations. Il ne faut pas perdre de vue non plus que l'analyse ne porte que sur les infractions à la législation sur les stupéfiants. Les cas des personnes interpellées pour des délits non liés aux stupéfiants ne sont pas pris en compte.

Pour en savoir plus :

- OCRTIS, *Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1998*, ministère de l'Intérieur, 1999.
- Ensaie Junior Etudes, *Étude du fichier FNAIS des interpellations pour usage de stupéfiants au niveau de l'individu*, Rapport OFDT, 1998, 41p.
- BARRÉ (M-D.), *Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produits illicites*, Guyancourt, CESDIP, Étude et données pénales n° 70, 1994, 212 p.
- AUBUSSON de CAVARLAY (B.), *Arrestations, classements, déferrements, jugements*, Guyancourt, CESDIP, Études et données pénales, n°72, 1995, 249 p.

⁶⁶SAGANT (V.), *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique*, Synthèse et analyse des rapports des parquets, janvier 1997, ministère de la Justice

Les injonctions thérapeutiques

Face à un usager interpellé, le parquet dispose, comme nous l'avons vu dans la première partie, de trois possibilités : classer l'affaire, poursuivre ou prononcer une injonction thérapeutique.

Cette dernière mesure, tombée plus ou moins en désuétude à la fin des années 1970, a fait l'objet d'une relance en 1987. L'importance et l'intérêt de cette mesure ont été réaffirmés en 1993 et 1995 dans les circulaires⁶⁷ interministérielles adressées aux parquets. Rappelons que la dernière circulaire recommande aux parquets l'utilisation de l'injonction thérapeutique pour les usagers d'héroïne et de cocaïne, les consommateurs dépendants de cannabis ou associant cannabis et autres produits. Les mineurs et les récidivistes peuvent également être concernés par cette mesure.

L'injonction thérapeutique reste une mesure controversée qui a d'ailleurs fait l'objet d'une littérature abondante, tout particulièrement ces dernières années. Les chiffres disponibles concernant l'injonction thérapeutique sont limités et ne fournissent que des éléments partiels d'appréciation sur les évolutions en cours. Ils sont loin de donner des réponses à toutes les questions que l'on peut se poser sur l'efficacité réelle de cette mesure et sur les possibilités de l'adapter aux changements actuels en matière d'usage des drogues.

Les injonctions thérapeutiques prononcées par les magistrats

Après avoir connu une forte progression entre 1992 et 1995, le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées a stagné en 1996, et régresse légèrement en 1997.

Cette baisse du nombre d'injonctions en 1997 peut être mise en regard avec la baisse du nombre d'interpellations des usagers d'héroïne en 1996 et 1997. Comme on le verra cependant, cette mesure concerne également de nombreux usagers de cannabis, interpellés en plus grand nombre d'année en année. L'évolution constatée ne peut s'expliquer uniquement par la diminution des interpellations des usagers d'héroïne.

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

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

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

En 1997, seuls 18 départements prononçaient plus de 100 injonctions thérapeutiques, totalisant ainsi 76 % du nombre des injonctions de cette année. Ces départements sont situés dans les zones géographiques où la plupart des indicateurs liés à la toxicomanie atteignent des niveaux élevés (frontière nord et nord-est, région parisienne, sud-est). Il n'est pas possible de mettre en regard interpellations et injonctions thérapeutiques, les champs géographiques n'étant pas identiques pour les deux statistiques. On peut, par contre, comparer pour une même cour d'appel le nombre d'injonctions et le nombre de condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Ces deux indicateurs évoluent conjointement d'un département à l'autre. Toutefois, le rapport entre ces deux nombres n'est pas constant. Le recours à

l'injonction thérapeutique s'accroît plus que proportionnellement lorsque le nombre de condamnations s'élève⁶⁸. On trouve à un extrême le cas de Paris, avec plus de 2 000 injonctions pour environ 4 500 condamnations et à l'autre Bastia, avec 4 injonctions pour un peu moins de 200 condamnations. L'injonction semble être relativement entrée dans les habitudes dans les zones à forte prévalence des drogues alors qu'elle reste peu utilisée dans les zones où l'usage de drogues est plus faible ou moins perçu.

Les injonctions suivies

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

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

Les injonctions thérapeutiques prononcées et suivies

	1993	1994	1995	1996	1997
Nombre d'injonctions prononcées (1)	6 149	7 678	8 630	8 812	8 052
Nombre de personnes orientées vers les DDASS (2)	4 591	6 500	7 220	7 294	6 628
Nombre d'injonctions suivies (3)	4 064	5 760	6 072	6 331	5 723

Sources : (1): Cadres du parquet, (2) et (3): DGS

Les injonctions prononcées pour des usagers d'héroïne ne représentent qu'un peu moins de 36 % des injonctions suivies de 1997. La mesure d'injonction est utilisée de façon privilégiée pour les usagers de drogues « durs » dans seulement 22 départements sur les 83 où des injonctions sont prononcées. Sur la base de la proportion de 36 % que nous venons de mentionner, nous pouvons rapprocher le nombre d'injonctions pour usage d'héroïne (environ 3 000) du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne (environ 9 000), ce qui donne une proportion d'un tiers. Certains départements ont dans le passé justifié le faible recours à l'injonction pour des usagers d'héroïne par la fréquence des délits associés à l'usage⁶⁹. On ne dispose pas des informations nécessaires à la vérification rigoureuse de cette explication.

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

Le bilan de l'application de la circulaire de 1995 relative à l'injonction thérapeutique fait apparaître deux conceptions conduisant à l'application de cette mesure aux usagers de cannabis. Certains parquets cherchent à distinguer les usagers

⁶⁷ Circulaires interministérielles du 15 février 1993 sur la lutte contre la toxicomanie et l'injonction thérapeutique, et du 28 avril 1995 sur l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique.

⁶⁸ SIMMAT-DURAND (L.), L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970, Etudes et données pénales n° 77, CESDIP, 1998.

⁶⁹ RABORD (M.), L'injonction thérapeutique, Échanges santé social, n° 81, mars 1996.

de cannabis selon leur état de dépendance, réservant l'injonction aux plus dépendants. D'autres parquets utilisent l'injonction thérapeutique pour les usagers de cannabis avec un objectif d'information, de prévention et de suivi sociosanitaire.

Rapportées au nombre d'usagers de cannabis interpellés, les injonctions prononcées pour des usagers de cannabis représentent une proportion très faible des usagers interpellés de ce produit. Il faudrait se demander, cependant, avant de rapprocher ces chiffres, si tout usager de cannabis interpellé doit être considéré comme un candidat potentiel à l'injonction.

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

Le bilan⁷⁰ des mesures d'injonction thérapeutique établi en 1997 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité fait état d'une amélioration continue des relations entre les procureurs de la République et la DDASS, avec le développement de modes de concertation établis de façon formelle (convention d'objectifs et protocoles Injonctions thérapeutiques) ou informelle (réunions régulières de concertation).

Le suivi est assuré dans 37 départements par des médecins généralistes avec qui la DDASS a signé un contrat de vacation, dans 26 départements par une cellule injonction thérapeutique mise en place au sein de la DDASS, ou dans un local proche du tribunal, et dans 16 départements par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes dans le cadre d'une convention de prestation avec la DDASS. La durée moyenne d'une mesure d'injonction s'établit à environ 5 mois en 1997 mais peut varier entre un seul rendez-vous et un suivi d'une année entière.

Les crédits affectés à l'injonction thérapeutique se sont élevés à 12 millions de francs en 1997, en progression de 4 % par rapport à 1996.

Repères méthodologiques

➡ On rappellera tout d'abord la définition de deux termes :

Injonctions décidées : sauf dans les cas rares de déferrement systématique au parquet, cette décision est en général prise lorsque l'utilisateur interpellé se trouve encore dans les locaux des services de police et résulte d'une consultation téléphonique entre les services de police et le parquet.

Injonction notifiée : une fois la décision de prononcer une injonction prise, les services de police remettent à l'utilisateur une convocation l'invitant à se rendre au tribunal de grande instance où leur sera notifiée l'injonction par un substitut du procureur.

➡ 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.

La notion d'injonction prononcée et officiellement déclarée au ministère de la Justice n'est pas parfaitement définie. Elle semble correspondre plus ou moins aux nombres d'injonctions notifiées, mais il semble que ce ne soit pas toujours le cas. Comme le montre M. Setbon dans son évaluation de l'injonction thérapeutique, il s'agit parfois d'injonctions notifiées et parfois d'injonctions décidées et parfois d'un chiffre différent des deux autres.

➡ Suivi des mesures d'injonction thérapeutique, DGS.

Les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale fournissent, chaque année, un bilan des injonctions thérapeutiques dans leur département. La synthèse des informations transmises est élaborée par le bureau SP3 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Pour en savoir plus :

- *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.*
- *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.*
- *RABORD (M.), L'injonction thérapeutique, Échanges santé social, n°81, mars 1996.*
- *SIMMAT-DURAND (L.), et autres, L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970, Guyancourt, CESDIP, Études et données pénales n°77, 1998, 503 p.*
- *SETBON (M.), L'injonction thérapeutique, Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, CNRS, Groupe d'analyse des politiques publiques, 1998, 144 p.*
- *SAGANT (V.), Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, synthèse et analyse des rapports des parquets, ministère de la Justice, non publié.*

⁷⁰ *SAGANT (V.), Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, Synthèse et analyse des rapports des parquets, ministère de la Justice, non publié.*

Les condamnations pour usage de drogues illicites

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

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

- Comparution immédiate

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

- Convocation par officier de police judiciaire (OPJ)

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

- Citation directe

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

- Après instruction

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

La statistique judiciaire n'utilise pas la même nomenclature que la statistique policière. Elle distingue de nombreuses infractions qu'il est possible de regrouper en sept types principaux (voir tableau 2). Il n'est pas possible d'établir une correspondance exacte entre les deux nomenclatures et le rapprochement entre les chiffres d'interpellations et de condamnations est donc difficile.

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

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

Les condamnations en infraction principale

On comptait 6 530 condamnations pour usage en infraction principale en 1997, chiffre qui, au delà-des fluctuations annuelles, reste relativement stable à moyen terme.

La baisse des condamnations en 1995 est liée à l'amnistie présidentielle dont les effets se font encore sentir, de façon

atténuée, en 1996. La lecture du tableau ci-après donne une impression de stabilité pour le nombre de ces condamnations, dont l'évolution présente un fort contraste avec celle des interpellations pour usage. Les condamnations pour usage représentent 28 % de l'ensemble des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, pourcentage en diminution par rapport à 1992.

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

Interpellations et condamnations pour usage (infraction principale)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Interpellations pour usage simple de stupéfiants (1)	41 549	38 189	44 261	52 112	56 144	70 444
Condamnation pour usage illicite de stupéfiants (2)	7 374	8 157	6 201	4 670	6 751	6 530
Total des condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (2)	21 851	22 530	20 580	20 661	23 840	23 980

Source : (1)OCRTIS, (2) Annuaire statistique de la Justice

Les condamnations en infractions associées

On examine ici toutes les condamnations comportant au moins une infraction d'usage. Leur nombre s'élève à 15 685 en 1997, chiffre comparable à celui de 1996, mais en nette augmentation par rapport à 1991. Cela signifie-t-il qu'on condamne davantage d'usagers ? Pour répondre à cette question, il faut distinguer les cas où la condamnation ne sanctionne qu'une infraction d'usage et les cas où l'usage est associé à d'autres infractions.

Condamnations pour usage seul

On enregistre 3 368 condamnations pour seul usage en 1997. Par rapport à 1991, ces condamnations sont en baisse en nombre et surtout en proportion de l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction d'usage (voir graphique p.123). Les condamnations pour usage seul sont en revanche restées assez stables entre 1996 et 1997.

Des peines d'emprisonnement fermes sont prononcées dans 14 % des condamnations pour usage seul en 1997 (contre 24 % en 1991). La durée moyenne de l'emprisonnement ferme passe de 3,5 mois à 2,4 mois entre 1991 et 1997⁷². Une étude⁷³ portant sur l'année 1991 s'est penchée sur les peines d'emprisonnement ferme sanctionnant le simple usage. La moitié de ces condamnés avait déjà été condamnée au cours des deux années précédentes, fréquemment pour vol ou recel. L'usager sans passé judiciaire était condamné dans 9 % des cas, une fois sur deux lorsqu'il ne s'était pas présenté à l'audience.

Dans 35 % des cas, l'usager de drogues est condamné à une peine d'emprisonnement avec sursis, fréquemment assortie d'une mise à l'épreuve, au cours de laquelle l'usager doit se soumettre à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale (70 % des peines d'emprisonnement avec sursis en 1995).

La condamnation à une amende est prononcée dans un tiers des cas, à une peine de substitution dans 7 % des cas et à une mesure éducative dans 6 %.

⁷² Derniers chiffres disponibles pour les peines.

⁷³ TIMBART (O.), L'usage des stupéfiants dans les condamnations, Infostat Justice, n°38, juillet-août 1994.

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

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

Le nombre de condamnations associant usage et trafic⁷⁴ et usage et transport est multiplié par quatre, environ, entre 1991 et 1997. Le nombre des condamnations associant usage et cession est multiplié par deux.

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

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

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

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

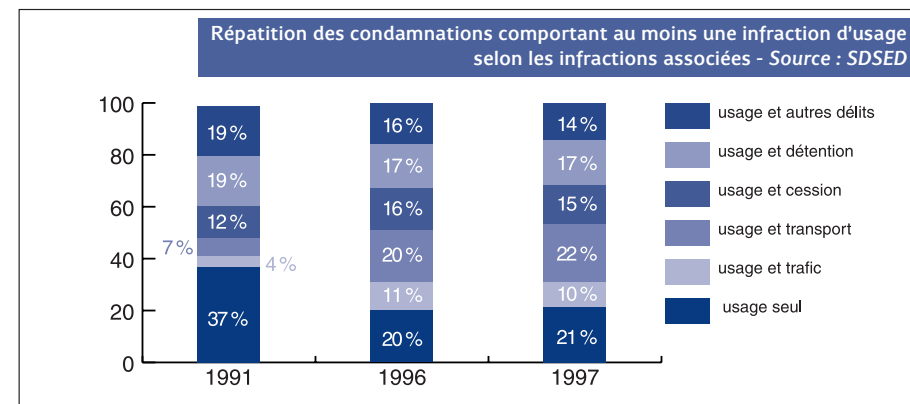
Contrairement au groupe précédent, le nombre de condamnations associant usage et détention-acquisition augmente assez faiblement. La structure et la durée des peines prononcées pour l'usage associé à la détention-acquisition sont assez proches en 1997 de celles sanctionnant l'usage seul. Fait significatif,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

Condamnations pour usage et autres délits non liés aux stupéfiants

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

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

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



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

Condamnations pour usage (infractions associées)

Types d'infraction	1991		1996		1997 (1)	
	nombre de condamnations	%	nombre de condamnations	%	nombre de condamnations	%
pour usage	11 505	100	15 493	100	15 685	100
pour usage seul	4 242	36,9	3 019	19,5	3 368	21,5
usage et ILS	5 063	44,0	10 081	65,0	10 075	64,2
usage et trafic	475	4,1	1 741	11,3	1 501	9,6
usage et transport	761	6,6	3 109	20,0	3 478	22,2
usage et cession	1 431	12,4	2 505	16,2	2 377	15,1
usage et détention	2242	19,5	2 683	17,3	2 677	17,1
usage et autres stups	154	1,4	43	0,2	42	0,2
usage et non ILS	2 199	19,1	2 393	15,5	2 242	14,3

Source : SDES, ministère de la Justice

(1) Données provisoires

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

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

⁷⁴ Le terme de trafic désigne ici l'importation et l'exportation de produits stupéfiants.

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

Le rapport entre les condamnations comportant de l'usage et les interpellations⁷⁵ pour usage et usage-revente s'élève à 19 % en 1997, soit un peu moins d'un interpellé sur cinq, chiffre en diminution par rapport à 1991 (23,6 %).

Repères méthodologiques

Les statistiques judiciaires sont issues du casier judiciaire national. Les condamnations en infractions principales recensent l'ensemble des condamnations inscrites durant l'année au casier judiciaire national en ne mentionnant que la première infraction sanctionnée dans la condamnation. Cette infraction est en principe la plus grave, mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fournis dans le procès-verbal. Dans la statistique en infraction principale une grande partie des infractions d'usage restent donc cachées dès lors qu'elles ne sont pas inscrites en premier sur la liste des infractions. L'analyse des infractions associées permet de recenser l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction d'usage quel que soit son rang d'apparition sur la liste des infractions. Elle permet également de faire apparaître les associations d'infractions les plus fréquentes et les peines prononcées dans chaque cas d'association.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une même personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Pour en savoir plus :

- Les condamnations 1996 et 1997, *Études et Statistiques Justice*, n° 11 et 13, Paris, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1999.
- TIMBART (O.), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, *Études et statistiques Justice 4*, Sous-direction de la statistique des études et de la documentation, Paris, ministère de la Justice, 1995, 112 p.
- TIMBART (O.), *L'usage de stupéfiants dans les condamnations*, *Infostat Justice n° 38*, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1994.
- *Annuaire statistique de la Justice*, édition 1999, Sous-direction de la statistique et des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1999.

⁷⁵ Nous nous référons ici à la statistique du ministère de l'Intérieur qui, sur la période 1991-1996, paraît plus homogène que la statistique de l'OCRIS.

Les incarcérations pour usage de drogues illicites

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

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

On observe une diminution constante du flux annuel d'incarcérations en détention provisoire pour infraction d'usage entre 1993 et 1997. Au cours de cette période, le nombre de ces incarcérations est passé de 1200 à 700.

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

Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage

	1993	1994	1995	1996	1997
Nombre de personnes incarcérées au cours de l'année	1 213	1 034	892	870	700

Source : SDSED, ministère de la Justice

Au 1^{er} janvier 1998, on recensait 450 personnes incarcérées pour usage en infraction principale, dont 197 en détention préventive. Pour ces personnes présentes un jour donné, comme pour les 700 personnes entrées dans les établissements pénitentiaires en 1997, on ignore combien parmi eux ont été condamnés pour usage seul et combien pour usage associé à d'autres infractions. Le nombre des personnes incarcérées suite à des poursuites pour trafic et qui sont aussi inculpées et condamnées pour usage est également inconnu. En l'absence d'une étude sur les infractions associées des personnes incarcérées, il est difficile de se faire une idée précise sur les incarcérations pour usage. Nous pouvons seulement constater l'effet d'entonnoir qui nous fait passer de plus de 70 000 personnes interpellées en 1997 pour usage simple de stupéfiants à 700 condamnations pour infractions principales d'usage. Les incarcérations suite à condamnation pour infraction unique d'usage sont vraisemblablement bien inférieures à 700. En revanche, le nombre de personnes incarcérées suite à une condamnation incluant l'usage est bien supérieur à ce chiffre.

Nombre de personnes incarcérées pour infraction principale d'usage au 1^{er} janvier 1998

Nombre de personnes en détention préventive	197
Nombre de personnes condamnées	253

Source : SDSED, ministère de la Justice

Repères méthodologiques

➔ Fichier national des détenus, SCERI.

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

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

Pour en savoir plus :

- *Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé. Situation au 1^{er} janvier 1998, n°74, Service de la communication, des études et des relations internationales, Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice, 1998.*

Quelques chiffres sur les délits de conduite en état alcoolique

Le rôle de l'alcoolisme dans la commission de nombreuses infractions paraît important. Dans son livre sur la dangerosité alcoolique, D. Barbier cite des chiffres remontant à 1985 qui montrent que l'alcoolisme intervient dans près de 20 % de l'ensemble des infractions, et dans 69 % des homicides volontaires. Ces chiffres sont à confirmer et à actualiser.

Les seules données officielles dont on dispose aujourd'hui concernent les infractions à la circulation routière liées à l'alcoolisation excessive. Ce type d'infraction n'apparaît pas dans les statistiques policières, sinon en termes de dépistages positifs, dont le nombre s'est élevé à plus de 132 000 en 1996. Ce chiffre correspond à un taux de contrôles positifs de 1,7 %. Ce taux s'établit à 1 % pour les contrôles préventifs et à 4 ou 5 % pour les contrôles consécutifs à des accidents.

Nombre de dépistages et de condamnations pour infraction à la circulation routière liées à l'alcoolisation excessive

	1988	1990	1992	1994	1996
Nombre de dépistages positifs (1)	111 510	116 613	119 601	129 910	132 283
Condamnations pour conduite en état alcoolique	86 022	94 812	101 469	102 914	97 252
Blessures involontaires par conducteur en état alcoolique avec incapacité totale de travail inférieure à 3 mois	4 891	4 931	5 256	4 488	3 990
Blessures involontaires par conducteur en état alcoolique avec incapacité totale de travail supérieure à 3 mois	1 459	1 289	1 095	865	698
Homicides involontaires par conducteur en état alcoolique	759	671	660	530	515

Source : *SDSED, ministère de la Justice*

(1) *Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Bilan Annuel, 1997.*

On connaît, en revanche, le nombre de condamnations sanctionnant les infractions à la circulation routière caractérisées ou aggravées par l'état alcoolique. D'après une étude du ministère de la Justice sur la conduite en état alcoolique, elles se sont élevées, en 1996, à environ 97 000 condamnations pour conduite en état alcoolique, et 5 000 condamnations pour atteintes corporelles causées par des conducteurs en état alcoolique.

Les condamnations pour conduite en état alcoolique ont tendance à s'accroître depuis 1988, évolution qui semble cependant très liée à l'augmentation de l'activité des services verbalisateurs. On note, à l'opposé, une forte tendance à la baisse des condamnations pour atteintes corporelles.

Les infractions à la sécurité routière par conducteur en état alcoolique sont sanctionnées dans 65 % des cas par une peine d'emprisonnement, avec un sursis total dans 9 cas sur dix. L'emprisonnement ferme est évidemment plus fréquent en cas d'atteinte corporelle, et atteint 57 % pour les homicides volontaires.

Sources :

Bilan annuel, Statistiques et commentaires, année 1997, Observatoire national interministériel de la sécurité routière.
RIZK (C.), SALLE (G.), *La conduite en état alcoolique et sa répression, Infostat Justice n°52, décembre 1998.*
BARBIER (D.), *La dangerosité alcoolique, Paris, Presses universitaires de France, 1998, 127 p.*

Usagers de drogues illicites vus par les institutions : caractéristiques et modes d'usage

Âge, sexe, insertion professionnelle et couverture sociale des usagers de drogues

Les caractéristiques socio-économiques des usagers de drogues sont appréhendées à travers le prisme des institutions sanitaires et des institutions chargées de faire appliquer la loi. Ces deux types de structures ont tendance à entrer en contact avec des populations spécifiques : celles qui présentent des problèmes de santé pour les premières, celles qui sont les plus susceptibles de poser des problèmes d'ordre public pour les deuxièmes. Cet effet de sélection ne doit jamais être perdu de vue lorsqu'on analyse telle ou telle caractéristique.

Âge des usagers

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

- **Les usagers d'opiacés**, essentiellement d'héroïne, dont l'âge moyen se situe entre 28 et 30 ans et augmente d'année en année. Les usagers de cocaïne et de crack interpellés ou ayant recours aux soins, en nombre plus faible, ont un âge qui les rattache aux usagers d'opiacés.
- **Les usagers de cannabis** dont l'âge se situe autour de 22 ans pour les interpellations et de 25 ans pour les recours. L'âge moyen des usagers d'ecstasy est comparable à celui des usagers de cannabis.

Âge des usagers selon le produit en cause

	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	Ecstasy***
Recours* (1)	30,3	29,4	25,5	22,8
Interpellations ** (2)	27,8	29,2	21,8	23

Source : (1)DREES, (2)OCTIS

* données 1997 ** données 1998 *** pour les interpellations il s'agit de l'ecstasy et des amphétamines

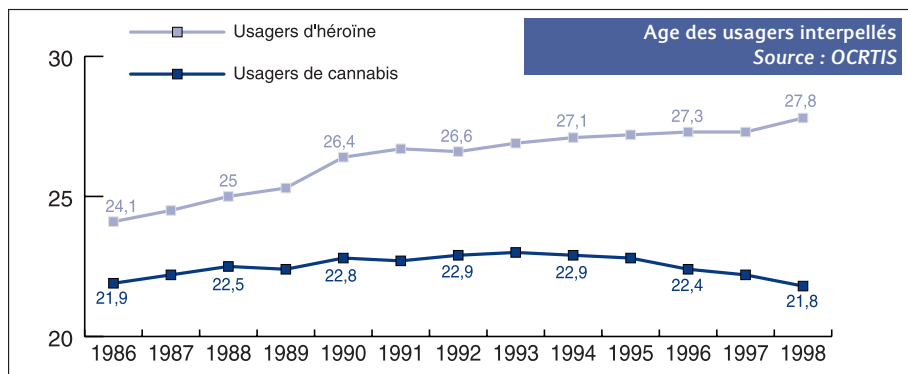
Les usagers qui ont recours pour la première fois aux centres spécialisés en novembre 1997 étaient plus jeunes (28 ans) que ceux qui étaient déjà entrés en contact avec ces institutions (près de 31 ans).

L'âge moyen des personnes décédées par surdose en 1998 – majoritairement des usagers d'opiacés – et l'âge moyen des personnes vues dans les antennes toxicomanie au mois de novembre 1997 était, dans les deux cas, de 30 ans.

Chez les personnes interpellées pour usage d'héroïne et de cocaïne, l'âge moyen, en 1998, est en légère progression par rapport à 1997. Il est en diminution pour les personnes interpellées pour usage de cannabis et reste stable en ce qui concerne l'ecstasy. Dans le cas des recours, on enregistre une élévation de l'âge moyen, quelle que soit la substance en cause.

Les évolutions sur une longue période de l'âge moyen selon le produit consommé sont contrastées. Entre 1986 et 1998, l'âge moyen des personnes décédées par surdose est passé de 25 à 30 ans, celui des personnes interpellées pour usage d'héroïne de 24 à presque 28 ans. L'âge moyen des usagers de cannabis interpellés se retrouve, en 1998 (21,8 ans), à peu près au même niveau qu'en 1986 (21,9 ans).

L'âge des personnes ayant recours au système sanitaire et social au mois de novembre est passé de 26,7 ans, en 1988, à 28,9 ans en 1997.



Sexe des usagers

Les consommateurs de drogues illicites vus par les institutions sont de sexe masculin à une très forte majorité.

La part des hommes est particulièrement élevée chez les usagers interpellés et progresse lentement depuis le début des années 1970. Elle atteignait 91 % des usagers interpellés en 1998 contre 87 % en 1986 et 79 % en 1972. Les hommes représentent même 93 % des usagers de cannabis interpellés contre 85 % « seulement » pour les usagers d'héroïne. Le pourcentage qui représentent les hommes parmi les usagers décédés par surdose, qui oscille entre 80 et 85 % depuis la fin des années 1980, atteint 87 % en 1998. En 1996, les personnes condamnées pour usage illicite de stupéfiants sont à 90 % des hommes⁷⁶.

La population fréquentant le système sanitaire et social est un peu plus féminine, avec 23 % des recours en 1997. La part des hommes est néanmoins en progression depuis la fin des années 1980, avec une augmentation de 73 à 77 % de l'ensemble des recours entre 1989 et 1997. De ce point de vue, les usagers entrant en contact pour la première fois avec les centres spécialisés ne se différencient pas de l'ensemble des usagers ayant eu recours aux centres spécialisés.

Les différences de répartition entre hommes et femmes pour les deux types d'institution s'expliquent probablement par les biais de sélection propre à chaque catégorie d'institution. Les services de police ont sans doute plus tendance à interpellé des hommes. En revanche, les femmes sont peut-être moins réticentes à consulter les institutions sanitaires que les hommes⁷⁷.

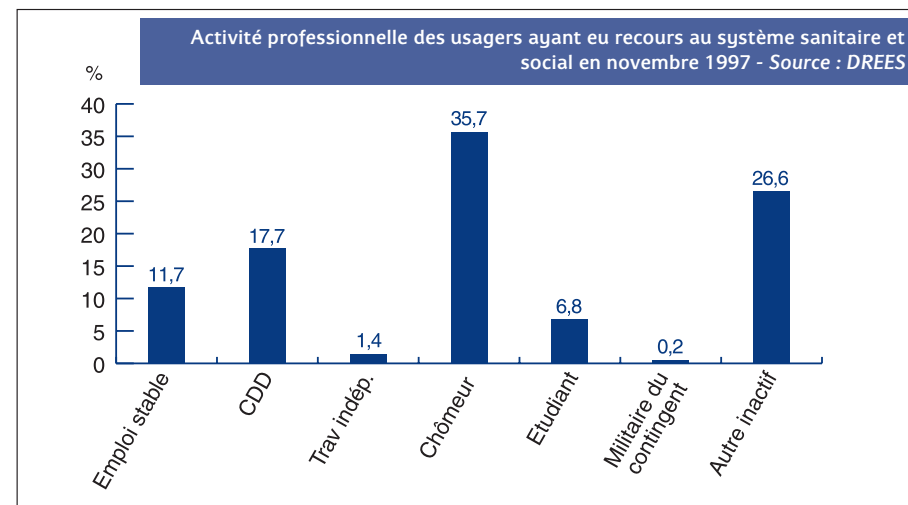
Les usagers ayant eu recours aux antennes toxicomanie en novembre 1997 se répartissaient comme suit : 86 % d'hommes et 14 % de femmes, soit une répartition semblable à celle constatée dans les interpellations pour usage d'héroïne ou dans les décès par surdose.

Insertion professionnelle

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

⁷⁶ Derniers chiffres connus.

⁷⁷ Les femmes consultent ainsi plus facilement en psychiatrie que les hommes, observation faite par A. Debouq et P. Petit dans un rapport de recherche, *Usage de drogues, injonctions thérapeutiques et consultations spontanées*, octobre 1998.



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

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

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

Couverture sociale

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

Pour en savoir plus :

- *Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1998, OCRTIS, ministère de l'Intérieur, 1999.*
- *Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), Études et résultats n° 1 décembre 1998, 6 p.*
- GREMY (I.), *Suivi de la toxicomanie et des usages de drogues en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, 1998.*

Repères méthodologiques

→ **Enquête Toxicomanie de novembre, DREES (ex SESI).**

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

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

→ **Fichier national des auteurs d'infraction 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 drogues constaté par les services de Police et de Gendarmerie.

Âge, sexe et insertion sociale des personnes ayant recours au dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

Près des deux tiers des nouveaux consultants des différentes structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme ont un âge compris entre 30 et 50 ans. Les 20-39 ans représentent 45 % des consultants, les 40-59 ans 47 % et les 60 ans et plus près de 6 %. La structure par âge n'a pas connu de modifications importantes depuis quelques années. On note toutefois une légère tendance au vieillissement de cette population.

Les personnes en contact avec le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme sont des hommes pour plus des trois quarts. Cette répartition est restée stable ces dernières années. Plus de la moitié des consultants sont sans activité stable. Parmi ceux qui sont en âge ou en situation de travailler 36 % n'ont pas d'activité professionnelle régulière. Un peu plus de 12 % des nouveaux consultants n'ont pas de domicile stable.

Source : Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1997, Informations issues de l'exploitation du rapport-type : Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 1999.

Produits consommés et modalités d'usage

L'effet de sélection institutionnelle, mentionné dans la section précédente, joue également pour l'observation des consommations de produits. La complexité des comportements de consommation est difficilement décrite par les statistiques des institutions sanitaires ou chargées de faire appliquer la loi. La consommation de certains produits comme la cocaïne ou l'ecstasy reste difficile à appréhender par le système d'observation actuel.

Produits à l'origine de la prise en charge

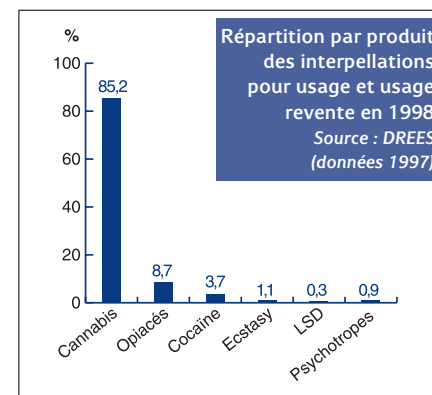
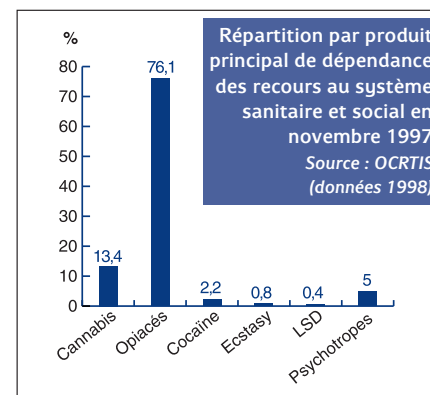
Situation en 1997

Les opiacés sont à l'origine de la prise en charge dans trois recours sur quatre au système sanitaire⁷⁸ en novembre 1997. Le cannabis est impliqué dans 13 % des prises en charge. Cette répartition est presque symétrique de celle observée dans les interpellations pour usage, avec plus de 80 % d'usagers de cannabis et 14 % d'usagers d'héroïne.

Dans le système sanitaire et social, l'héroïne est à l'origine de 69 % des prises en charge. Les autres opiacés se rencontrent assez rarement (dérivés de codéine dans près de 4 % des cas, buprénorphine utilisée en dehors d'une prescription, 2 % des cas). Le poids des autres produits est très faible dans les recours, 3,3 % pour la cocaïne et le crack, 2,7 % pour les benzodiazépines, 0,8 % pour l'ecstasy. Les usagers vus dans les centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire (ex-antennes-toxicomanie) en novembre 1997 ne se différencient pas, pour les produits consommés, de l'ensemble des usagers pris en charge dans le système sanitaire.

Les personnes ayant eu un premier recours aux centres spécialisés en novembre 1997 se caractérisent par une plus faible proportion d'usagers d'héroïne que ceux ayant déjà eu un contact avec ces institutions (62 % contre 78 %). La proportion des usagers de cannabis est par contre beaucoup plus importante dans le premier groupe que dans le deuxième (19 % contre 6 %).

Les chiffres globaux sur les produits à l'origine de la prise en charge dans le système sanitaire et social



⁷⁸ La question sur les produits à l'origine de la prise en charge n'existe pas dans le questionnaire adressé aux établissements sociaux. Cette question était encore renseignée par les établissements sociaux en 1996 en termes de produit principal à l'origine de la dépendance, notion à peu près identique à celle adoptée en 1997.

recouvrent des différences entre types d'établissement. Les usagers d'opiacés⁷⁹ (qu'ils soient ou non sous traitement de substitution) sont très majoritaires dans les centres spécialisés (78 %) et dans les établissements sanitaires (67 %). Ils sont par contre minoritaires dans les centres sociaux (37 % en 1996). Les personnes ayant recours aux centres sociaux sont plus fréquemment consommateurs de cannabis en produit principal (près de 50 % des recours) que dans les autres types d'établissement.

Dans les consommations du mois passé, le cannabis arrive en tête, suivi de l'héroïne et de l'alcool. Dans 30% des recours, il n'est déclaré aucune consommation de produits au cours du mois passé.

Il a été introduit en 1997 une question sur les produits consommés au cours du mois passé. Les non-réponses et les réponses « ne sait pas » représentent 10 % des cas. Sur les répondants, on trouve 37 % des recours avec mention de consommation de cannabis, 23 % avec mention de consommation d'héroïne, 20 % pour l'alcool et 9 % pour la cocaïne et le crack (produits cités en première, deuxième ou troisième position).

Évolution

Parmi les usagers interpellés, la part des consommateurs de cannabis a fait un bond de 67 % à 85 % entre 1995 et 1998, tandis que la part des usagers d'opiacés (ici presque uniquement de l'héroïne) régressait de 28 % à environ 9 %. La part de la cocaïne qui fluctuait entre 1,5 et 2,5 % depuis de nombreuses années approche désormais des 4 %. La répartition des recours par produit de dépendance ou produit à l'origine de la prise en charge a, en revanche, peu évolué entre 1995 et 1997. La diminution des recours liés à l'héroïne enregistrée en 1996 est inversement proportionnelle à l'augmentation des recours pour substitution. Au total, le nombre de recours liés à un problème de dépendance aux opiacés est stable voire en légère augmentation.

Sur une longue période, on peut noter une stabilité des opiacés comme produit à l'origine des recours aux centres spécialisés et une augmentation du cannabis pour les recours aux établissements sanitaires. Dans les établissements sanitaires, la part des recours liés à l'usage de cannabis est en augmentation, passant de 12 % en 1989 à 21 % en 1996, pour retomber à 17 % en 1997. Cette évolution peut être mise en parallèle avec l'augmentation de la part des recours de type psychiatrique et psychologique dans les établissements sanitaires (voir la section sur les recours au système sanitaire et social). Dans les établissements sociaux, la part des consommateurs de cannabis, autour de 50 % des recours, est restée stable depuis 1989.

Les autres produits conservent un poids très faible tout au long de la période. On notera l'importance de la consommation de benzodiazépines et des autres tranquillisants dans la clientèle des établissements sanitaires, substances qui apparaissent en produit principal dans 6 à 8 % des recours. D'année en année, et quel que soit le type d'établissement, la cocaïne ne représente pas plus de 1 à 3 % des recours.

Recours aux établissements spécialisés par type de produits à l'origine de la prise en charge (en %)

	1989	1993	1995	1996	1997
Opiacés	80,9	81,5	86,7	86,1	82
Cannabis	13,9	11,3	8,6	9,4	11,5
Cocaïne et crack	1,8	3,3	2,3	2,1	3,3
Benzodiazépines et tranquillisants.	3,4	3,9	2,3	2,4	2,2
Total	100	100	100	100	100

Source : DREES

⁷⁹Nous avons choisi de faire figurer, parmi les consommateurs d'opiacés, les usagers d'héroïne (dont la part diminue en même temps qu'augmente celle des personnes sous traitement de substitution), les consommateurs de dérivés de codéine, morphine et autres opiacés, méthadone et buprénorphine (dans ou hors du cadre d'un traitement de substitution).

Recours aux établissements sanitaires par type de produits à l'origine de la prise en charge (en %)

	1989	1993	1995	1996	1997
Opiacés	76,0	74,2	66,2	65,9	69,5
Cannabis	11,8	13,0	19,4	21,8	17,9
Cocaïne et crack	3,2	3,5	4,2	3,2	3,9
Benzodiazépines et tranquillisants.	7,4	8,0	8,3	7,5	6,4
Total	100	100	100	100	100

Source : DREES

Produits consommés et polyconsommation

Le concept de polytoxicomanie ou polyusage souvent employé reste assez flou. On se réfère tout d'abord ici aux définitions utilisées dans l'enquête de novembre. Jusqu'en 1996, toute consommation de produits associés au produit principal de dépendance pouvait être considérée comme du polyusage. Depuis 1997, il faut distinguer d'une part, les recours avec deux produits à l'origine de la prise en charge et, d'autre part, les consommations de plusieurs produits au cours du dernier mois. Ce sont donc deux types de polyusage qui peuvent alors être mesurés : la polydépendance, dans le premier cas, et la polyconsommation récente, dans le second. Cette dernière notion peut recouvrir des consommations associées régulières aussi bien qu'occasionnelles. En raison des différences de définition, les chiffres de 1997 et les chiffres antérieurs ne sont pas directement comparables.

En 1997, deux produits sont cités comme étant à l'origine de la prise en charge dans plus de la moitié des recours (54 %). La cocaïne est le deuxième produit le plus souvent cité (20 % des polysusagers) suivie par le cannabis (19 %) et l'alcool (16 %). Les benzodiazépines arrivent en quatrième position (12,5 %).

La consommation de plus d'un produit au cours du mois passé est mentionnée dans 35 % des recours. Les questionnaires étant souvent remplis de façon rétrospective et non pas en présence du patient, l'importance des non-réponses sur les consommations du deuxième ou du troisième produit peut aussi bien refléter l'absence de consommation que l'absence d'informations sur les consommations associées. Ces chiffres doivent donc être considérés avec prudence. En 1997, l'alcool est le produit le plus souvent cité en deuxième ou troisième produit associé, suivi par le cannabis, les benzodiazépines et la cocaïne. Cette hiérarchie est restée inchangée par rapport à 1996.

La définition du polyusage, à partir des produits à l'origine de la prise en charge ou des consommations dans le mois passé, nous semble déjà plus satisfaisante que la définition très large utilisée auparavant (consommation de plusieurs produits dans un passé aux limites indéterminées). On peut cependant s'interroger plus profondément sur la notion de polyusage. Le « polyusage » peut être la manifestation d'une véritable dépendance simultanée à plusieurs produits, et il faudrait sans doute réserver l'usage de ce terme à ce cas précis. La consommation de multiples produits peut aussi être la conséquence du passage d'un produit à l'autre par des usagers à qui leurs produits de consommation n'apportent plus suffisamment de satisfaction. Mais dans beaucoup de cas, le polyusage est aussi un mode de gestion soit de la pénurie du produit de dépendance soit des effets négatifs de ce produit. Il ne s'agit donc souvent pas d'un comportement spécifique, différent de l'usage dépendant d'un produit, mais d'une modalité de gestion de la dépendance. L'accroissement du nombre de produits psychotropes et de leur disponibilité, la diffusion rapide des informations et rumeurs, conduisent peut-être les usagers à une gestion de plus en plus complexe de leur dépendance et à recourir à des cocktails plus larges de substances. Il serait nécessaire de définir précisément les problèmes particuliers suscités par cette tendance, qui restera difficile à mesurer.

Injection par voie intraveineuse

Sur l'ensemble des personnes prises en charge par le système sanitaire et social en novembre 1997, **une proportion de 14 % est présumée utiliser actuellement l'injection par voie intraveineuse comme mode de consommation**. L'utilisation actuelle ou antérieure de l'injection est mentionnée dans 50,7 % des recours. L'information sur les pratiques d'injection n'est cependant pas renseignée (non-réponse et ne sait pas) dans 14 % des cas. Si on se limite aux seules personnes ayant répondu par oui ou par non à la question sur l'injection, **on trouve une proportion présumée de 59 % utilisant ou ayant utilisé cette pratique**.

Nous retrouvons les disparités déjà mentionnées au niveau des produits entre types d'établissement. L'injection a déjà été pratiquée par 62 % des personnes prises en charge dans les établissements spécialisés, par 54 % des personnes ayant recours aux établissements sanitaires (55 % pour les antennes toxicomanie), et par 20 % dans le cas des établissements sociaux. La proportion de non réponses explique sans doute l'écart entre centres spécialisés d'une part et établissements sanitaires et antennes toxicomanie de l'autre.

Proportion de personnes prises en charge en novembre 1997 pratiquant l'injection intraveineuse (en %).

	Centres spécialisés Ensemble	Établissements sanitaires	Établissements sociaux	Centres spécialisés en milieu pénitentiaire	Ensemble
Non-réponse, ne sait pas	9,4	15,7	25,3	15,5	14,1
Oui actuellement	17,0	13,4	8,2	9,6	14,4
Oui antérieurement	45,2	41	11,5	45,4	36,5
Non, jamais	28,4	34,5	55,0	29,5	35

Source : DREES

Dans les centres spécialisés, les personnes ayant eu un premier recours en novembre 1997 utilisaient moins souvent l'injection que celles ayant déjà eu un contact antérieur avec ces institutions (14,3 contre 17,7 % pour l'usage actuel de l'injection et 32,9 contre 46,6 % pour l'utilisation antérieure de l'injection).

Entre 1996 et 1997, la part des usagers ayant actuellement recours à l'injection est en baisse (17,8 % en 1996 contre 14,4 % en 1997, en proportion de l'ensemble des recours), alors que la part des personnes ayant pratiqué l'injection antérieurement est en légère hausse, tout particulièrement dans les établissements sanitaires.

La légère remontée de la proportion d'injecteurs en 1997 ne doit donc pas forcément s'interpréter de façon négative (moins de personnes s'injectant aujourd'hui et plus de personnes s'étant injecté auparavant). À plus long terme, depuis 1993, on note une lente tendance à la diminution de la proportion d'injecteurs parmi les personnes prises en charge. Le niveau élevé de non-réponse (non-réponse ou ne sait pas) et les fluctuations importantes de ce niveau conduisent à considérer avec prudence ces évolutions.

En 1997, les personnes qui pratiquent l'injection ont une moyenne d'âge de 30,6 ans contre 26,7 ans pour les non-injecteurs. Ceux qui ne répondent pas ont un âge intermédiaire. 80 % des usagers d'héroïne (produit à l'origine de la prise en charge) ont eu ou ont recours à l'injection par voie intraveineuse, contre 56 % des recours pour usage de

cocaïne et 18 % des recours pour usage de cannabis. Cette dernière observation semble indiquer que pour une partie des recours pour cannabis, la consommation de ce produit est ou a été associée à la consommation d'opiacés ou d'autres drogues injectables.

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

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

Source : DREES

Repères méthodologiques

➔ Enquête Toxicomanie de novembre, DREES

(Voir la fiche sur les recours au système sanitaire et social).

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

(Voir la fiche sur les interpellations d'usagers).

Pour en savoir plus :

- *Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996, Études et résultats n°1, DREES, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1998.*

Situation sanitaire des usagers de drogues

Morbidité

De nombreux usagers de drogues continuent d'être contaminés par le VIH, le VHC et le VHB, infections qui restent le problème de santé primordial de cette catégorie de la population. Plusieurs enquêtes fournissent des données sur la prévalence de ces trois virus chez les usagers de drogues, c'est-à-dire sur la proportion d'usagers séropositifs parmi l'ensemble des usagers interrogés dans une enquête. Les chiffres de prévalence rendent compte de l'évolution de l'épidémie jusqu'au moment de l'enquête. Une prévalence qui se maintient à un niveau élevé peut résulter d'une forte transmission du virus dans le passé, quand bien même la transmission serait devenue beaucoup plus faible aujourd'hui. La proportion de séroconversions actuelles, l'incidence, est plus difficile à mesurer. Les données sur cet aspect sont pratiquement inexistantes et l'évolution actuelle de l'épidémie ne peut être décrite que de façon indirecte.

Les données de prévalence proviennent le plus souvent d'enquêtes basées sur les déclarations des personnes interrogées. De rares enquêtes, portant sur des échantillons limités, fournissent des résultats à partir de tests biologiques. La confrontation avec la prévalence déclarée montre des résultats concordants pour le VIH et une nette sous-estimation de la prévalence déclarée pour le VHC. Suivant leurs objectifs et leurs modalités de mise en œuvre, chacune de ces enquêtes aura tendance à cibler une certaine population d'usagers de drogues (injecteurs ou non-injecteurs, situés dans telle zone géographique), ce qui explique pour une grande part, les différences de prévalence constatées dans les différentes enquêtes.

Les cas de Sida font l'objet d'une déclaration obligatoire et l'évolution de leur nombre est suivie de façon précise. Jusqu'à une date récente, la connaissance des nouveaux cas de Sida fournissait une indication indirecte et retardée de l'évolution de l'épidémie. Jusqu'à l'apparition des trithérapies en 1996, diverses études épidémiologiques laissent supposer que l'impact de la politique de réduction des risques a contribué à la diminution, puis à la stabilisation des nouvelles contaminations VIH chez les usagers de drogues IV observée à partir du début des années 1990. À partir de 1996, la chute très importante des nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (témoins de contaminations survenues plusieurs années auparavant) tient essentiellement aux effets des trithérapies qui retardent l'entrée dans le Sida des sujets séropositifs traités.

Les autres aspects de la morbidité des usagers de drogues sont aujourd'hui encore peu connus.

VIH et Sida

Prévalence de l'infection à VIH

Niveau actuel

- Ensemble des usagers

La prévalence du VIH déclarée par l'ensemble des usagers de drogues ayant eu recours aux centres spécialisés au mois de novembre se situe entre 12,1 et 15,8 % en 1997⁸⁰. Le statut sérologique paraît être de mieux en mieux connu, mais la proportion de statuts inconnus reste élevée (27 %). Le caractère assez exhaustif de l'enquête auprès des centres spécialisés, sa répétition depuis plusieurs années, sa couverture nationale et le nombre élevé d'usagers pris en compte donne une importance toute particulière aux chiffres qui en sont issus. Ils ne concernent néanmoins que la population fréquentant les centres spécialisés, laquelle n'est pas totalement représentative de l'ensemble des usagers de drogues. Les données de prévalence concernant les prises en charge dans les établissements hospitaliers n'ont pas été prises en compte, la présence des services de soins aux malades du Sida parmi les services répondants ayant tendance à

⁸⁰ Pour des explications sur le mode de calcul de ces deux valeurs, on se reportera au tableau sur l'évolution de la prévalence du VIH chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés.

donner des chiffres de prévalence au VIH surévalués.

L'enquête auprès des médecins généralistes, qui porte également sur la France entière, donne des résultats de prévalence compatibles (17 %⁸¹) avec ceux de l'enquête de novembre. On notera que 70 % des médecins de l'échantillon qui reçoivent des usagers de drogues leur prescrivent systématiquement une sérologie VIH et 20 % parfois. Les enquêtes locales menées à Toulouse (tests salivaires) et dans le Vaucluse donnent des résultats assez proches (respectivement 15 et 14 %).

- Premiers recours

La prévalence du VIH est comprise entre 7 et 11 % pour les premiers recours aux centres spécialisés au mois de novembre 1997. Les personnes qui entrent en contact pour la première fois avec un centre spécialisé ont en moyenne commencé l'usage de drogues depuis moins longtemps que l'ensemble des usagers. Le risque d'infection est donc moins élevé pour eux. La prévalence du VIH pour ces usagers se situe cependant encore à un niveau élevé.

- Usagers de drogues par voie intraveineuse

Certains résultats et certaines enquêtes portent plus spécifiquement sur des usagers utilisant, dans leur grande majorité, l'injection intraveineuse pour consommer des drogues. Les chiffres de prévalence du VIH sont normalement plus élevés que dans les enquêtes précédentes.

Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse pris en charge au mois de novembre, la prévalence du VIH se situait entre 15 et 18 % en 1997⁸². Cette année semble également marquer un palier dans la décroissance de la prévalence du VIH pour les usagers de drogues par voie injectable.

L'enquête une semaine donnée réalisée par l'Institut de veille sanitaire et l'INSERM auprès des usagers de drogues, tous injecteurs, fréquentant les programmes d'échange de seringues en 1998, montre que parmi ceux qui connaissent leur statut sérologique, 20,3 % sont séropositifs.

La prévalence du VIH chez les résidents des centres de soins avec hébergement en 1998 (voir enquête du CESES dans les repères méthodologiques) était en revanche beaucoup plus faible que dans les deux enquêtes précédentes (11,2 % au premier semestre 1998, à comparer avec la valeur haute de la fourchette de l'enquête novembre). On peut rappeler que cette population comprenait 90 % d'injecteurs en 1993 et 80 % en 1998.

Évolution

La prévalence du VIH chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés en novembre 1997 a nettement diminué entre 1994 et 1996, et semble s'être stabilisée en 1997 pour l'ensemble des usagers comme pour les usagers injecteurs. Cette dernière tendance demande à être confirmée.

Dans l'enquête du CESES, la prévalence au VIH a chuté de façon très rapide entre 1993 et 1995, passant de 21 % à un

peu moins de 12 %. Après quelques fluctuations de faible ampleur, le taux n'est en 1998 que légèrement inférieur à celui de 1995.

L'étude multicentrique réalisée par l'IREP en 1995 fait apparaître la baisse importante de la séropositivité chez les usagers de produits injectables jusqu'en 1995 : 40 % en 1987, 34 % en 1990, 20 % en 1995.

La baisse de la prévalence du VIH de la fin des années 1980 aux années 1995-1996 peut s'expliquer par l'évolution des décès par Sida des usagers de drogues, en forte augmentation jusqu'à ces années, par la diminution du partage des seringues et, plus généralement, par une moindre prise de risques chez les usagers de drogues. La forte diminution du nombre de décès à partir de 1996 pourrait en partie expliquer la stabilisation de la prévalence en 1997.

Facteurs discriminants

Les études dont on dispose font apparaître la très grande hétérogénéité des données de prévalence au niveau local. Il n'existe pas une épidémie mais plusieurs, d'ampleur différente selon les régions. En 1997, la prévalence du VIH parmi les recours du mois novembre est particulièrement élevée en Corse (31 %), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (21 %), Ile-de-France (19 %). Elle est par contre beaucoup plus faible que la moyenne nationale en Lorraine (3 %), Nord-Pas-de-Calais (3 %), Champagne-Ardenne (3 %), Picardie (4 %), Basse-Normandie (4,5 %) et Alsace (5 %). Dans l'enquête de l'IREP, la prévalence est faible dans les sites du Nord et du Nord-Est, en raison du développement tardif de l'épidémie dans ces régions, et se situe à un niveau élevé dans la banlieue parisienne et à Marseille. Dans l'étude coordonnée par GT69 portant sur l'année 1996, la prévalence chez les usagers vus par les médecins généralistes est globalement de 7 à 8 %, avec 2 à 3 % dans les départements du Nord et du Rhône et 25 % en Seine-Saint-Denis.

L'âge moyen des usagers de drogues séropositifs au VIH pris en charge en novembre 1997 dans les centres spécialisés est de 34 ans contre 30 ans pour les séronégatifs. L'âge moyen des personnes dont le statut sérologique est inconnu est d'environ 28 ans. Pour les 25-29 ans, la prévalence est de 7-9 % contre 16-19 % pour les 30-34 ans, et 27 % chez les usagers âgés de plus de 35 ans, avec des proportions de sérologies inconnues peu différentes entre les groupes d'âge. Chez les résidents des centres de soins avec hébergement, la prévalence passe de 11 % chez les 25-34 ans à 22 % chez les plus de 35 ans. La prévalence tend naturellement à augmenter avec l'âge, la durée d'exposition au risque d'infection devenant plus longue. La moindre prévalence chez les plus jeunes est sans doute aussi le résultat d'une plus faible exposition au risque d'infection chez les personnes ayant commencé l'usage de drogues depuis le début des années 1990, en raison des mesures de réduction des risques. La grande majorité des usagers par voie intraveineuse ne partage plus régulièrement les seringues et, même lorsqu'elle les partage, la diminution de l'épidémie réduit les risques de transmission. L'épidémie n'est pas totalement contrôlée dans les zones où elle s'est développée le plus tôt et le plus massivement, la contamination se poursuivant aussi par voie sexuelle. Dans l'enquête GT69, environ un quart des usagers séropositifs déclare ne pas utiliser de préservatifs. La dimension régionale de l'épidémie est elle-même fortement liée à la période de début de consommation. Les résultats de l'enquête multicentrique de l'IREP montrent qu'à Marseille, où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé, seuls 6 % des usagers interrogés ont débuté leur consommation d'héroïne après 1989. À l'autre extrême, on observe à Lille et à Metz, où les prévalences sont les plus basses, une proportion supérieure à 50 % d'usagers ayant débuté leur consommation après 1989.

La plupart des études ne font pas apparaître de liens entre la prévalence du VIH et le sexe des usagers. L'enquête auprès des résidents des centres de soins avec hébergement fait néanmoins apparaître de façon constante une prévalence plus forte chez les femmes que chez les hommes. Cet écart pour cette enquête particulière reste à expliquer.

Prévalence déclarée du VIH dans les centres spécialisés (en %)

	1993	1994	1995	1996	1997
Ensemble des usagers					
% de séropositifs VIH	14,3-20,3	14,8-19,8	13,2-17,2	11,8-15,3	12,1-15,8
% de statut VIH inconnu	33,6	31,2	26,4	24,9	27,2
Usagers injecteurs					
% de séropositifs VIH	nd	18-23	16-20	15-18	15,5-17,3
% de statut VIH inconnu	nd	nd	nd	nd	

Source : DREES

⁸¹ L'intervalle de confiance associé à cette estimation est de [15-19].

⁸² Pour des explications sur le mode de calcul de ces deux valeurs, on se reportera au tableau sur l'évolution de la prévalence du VIH chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés.

Nouveaux cas de Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida est en diminution chez les usagers de drogues. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Au premier semestre 1998, le nombre total de nouveaux cas semble cependant s'être stabilisé. On enregistre une baisse similaire des nouveaux cas de Sida chez les homosexuels, laquelle semblerait se poursuivre au premier semestre 1998. Les nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels sont également en diminution, mais à un rythme moins rapide que chez les usagers de drogues et les homosexuels chez lesquels la diffusion de l'infection a connu un pic au milieu des années 1980.

L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de Sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues. Comparée aux cas déclarés chez les hétérosexuels, la proportion de cas pour lesquels le Sida se déclare chez un sujet ignorant sa séropositivité est beaucoup moins importante chez les usagers de drogues, ce qui semble traduire un bon accès au dépistage. Une assez bonne connaissance de leur statut sérologique a permis aux usagers de drogues de bénéficier, tout comme les homosexuels, des nouvelles associations d'antirétroviraux apparus en France en 1996.

Nombre de nouveaux cas de Sida déclarés (Sida chez les usagers de drogues)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996*	1997*	1998* 1 ^{er} semestre
Total	342	639	906	1 079	1 217	1 341	1 489	1 370	1 308	947	419	188

Source : IVS

* Données redressées

Hépatites C

Pour un rappel général sur les hépatites C, on se reportera à l'encadré en fin de chapitre. On y trouvera également un exposé rapide des raisons pour lesquelles les données de prévalence déclarée du VHC ne sont pas mentionnées ici.

Pour les hépatites C, on constate une forte proportion de statuts sérologiques inconnus dans les enquêtes, ce qui conduit à recommander de ne pas accorder trop d'importance aux faibles variations des chiffres de prévalence. Seules doivent être prises en compte les grandes tendances.

Prévalence

Niveau

- Ensemble des usagers

La prévalence déclarée du VHC chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés au mois de novembre 1997 se situe entre 52 et 66 %⁸³. Le statut sérologique est inconnu dans un tiers des cas.

Dans l'enquête sur les médecins généralistes, 67 % des praticiens de l'échantillon déclarent prescrire systématiquement une sérologie pour l'hépatite C et 23 % parfois. La prévalence estimée de l'infection au VHC chez l'ensemble des usagers ayant eu recours aux médecins généralistes en 1997 s'établit à 31 %⁸⁴. Ce chiffre, très en retrait par rapport aux résultats des autres enquêtes, demande à être expliqué.

Dans l'enquête menée à Toulouse en 1996, la prévalence du VHC mesurée par un test biologique (test

salivaire) s'établit à 67 % et confirme une sous-estimation de leur séropositivité chez les usagers déclarant connaître leur statut sérologique. 35 % des personnes déclarant être séronégatives se sont révélées positives au test salivaire. La prévalence chez les non-injecteurs est de 13 %, résultat compatible avec celui de l'enquête de novembre 1997.

- Usagers de drogues par voie intraveineuse

Au mois de novembre 1997, la prévalence de l'infection au VHC chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés se situait entre 62 et 70 %⁸⁵. On observe une prévalence de l'infection VHC située entre 10 et 20 % en 1997, chez les usagers déclarant ne jamais avoir eu recours à l'injection par voie intraveineuse. Cette prévalence, nettement plus élevée que pour le VIH (entre 4 et 6 %), demande à être expliquée, d'autant plus que le VHC n'est pas, semble-t-il, transmissible par voie sexuelle. Des pratiques d'injection occasionnelles voire exceptionnelles, oubliées par la suite, peuvent expliquer une partie de cette forte prévalence.

Au premier semestre 1998, la prévalence du VHC s'établissait, dans l'enquête du CESES, à 63 % chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Ces chiffres sont compatibles avec ceux de l'enquête de novembre 1997.

En ce qui concerne l'enquête auprès des usagers fréquentant les PES, menée pendant une semaine en 1998, la prévalence du VHC s'établissait à 61,7 % parmi les usagers connaissant leur statut.

Évolution

La prévalence du VHC est en augmentation depuis 1994. Cette croissance n'est cependant pas forcément le reflet du développement de l'épidémie, mais peut aussi résulter de la meilleure connaissance du statut sérologique. L'évolution à la hausse semble marquer un palier en 1997, tendance qui demande à être confirmée.

La connaissance du statut sérologique VHC déclaré s'est améliorée entre 1994 et 1997 : il était inconnu dans un tiers des cas de recours aux centres spécialisés en 1997 contre la moitié des cas en 1994.

Prévalence déclarée du VHC dans les centres spécialisés (en %)

	1993	1994	1995	1996	1997
Ensemble des usagers					
% séropositifs VHC	41-nd	43,5-66,4	45,7-65,5	48-64,8	52,3-66,3
% statut VHC inconnu	59	49,5	40,7	35,5	34,7
Usagers injecteurs					
% séropositifs VHC	nd	51-81	53-70	57-69	62-70
% statut VHC inconnu	nd	nd	nd	nd	24,8

Source : DREES

Facteurs discriminants

Dans l'enquête novembre de 1997, les différences régionales de prévalence du VHC sont également importantes. Les régions à forte prévalence sont la Corse (63 %), le Languedoc-Roussillon (60 %), l'Île-de-France et l'Alsace (59 et 58 %). On trouve à l'autre extrême avec une prévalence inférieure à 40 %, la Bretagne, la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Lorraine. Dans l'enquête IREP de 1995, les prévalences se situent entre 42 % à Lille et 52 % à Marseille.

Toujours d'après la même enquête, les usagers séropositifs au VHC pris en charge dans les centres spécialisés ont en moyenne un peu plus de 32 ans contre 29 ans pour les usagers séronégatifs. La prévalence du VHC est de 46 % chez les 25-29 ans, 60 % chez les 30-34 ans et 66 % chez les 35 ans et plus. Parmi les résidents des centres avec

⁸³ Pour des explications sur le mode de calcul de ces deux valeurs, on se reportera aux repères méthodologiques.

⁸⁴ L'intervalle de confiance associé à cette estimation est de [29-33] pour l'hépatite C et de [21-25] pour l'hépatite B.

⁸⁵ Cf. repères méthodologiques.

hébergement, la prévalence est au premier semestre 1998 de 57 % chez les 25-34 ans et de 70 % chez les personnes âgées de 35 ans ou plus. Comme pour le VIH, cette liaison entre le niveau de prévalence et l'âge s'explique, dans une large mesure, par une moins bonne connaissance de leur statut par les plus jeunes et une plus longue durée d'exposition au risque d'infection des plus âgés. La diminution de la prévalence suivant la date de début de l'usage est beaucoup moins forte que pour le VIH, différence qu'on peut attribuer au caractère massif de l'épidémie, à la plus forte charge virale du VHC et à sa plus forte résistance en milieu extérieur. Ces caractéristiques du virus permettent sa transmission, même en l'absence de partage des seringues, lorsqu'un usager réutilise sa seringue personnelle.

Prévalence de la contamination au VIH et VHC dans les études récentes

	Novembre Structures spécialisées	Médecins généralistes EVAL	Etude multicentrique IREP	Ceses	Etude PES	GT69	Bello	RVH Vaucluse	Ares 92
VIH									
% séropositifs	16	17 [15-19]*	20	11,2	20,3	8	15	14	29
% statut inconnu	27	nd	12	7,1	15,4		nd	nd	25
VHC									
% séropositifs	52	31 [29-33]*	48	53	61,7	61	67	49	81
% statut inconnu	34,7	nd	28	11,3	21,9	18	nd	nd	37
Population	Recours aux centres de soins	Recours aux médecins généralistes	Usagers de drogues par voie injectable	Usagers résidents dans les centres de soins avec hébergement	Usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues	Recours aux médecins de réseaux	Usagers vus par diverses structures sanitaires et répressives	Patients pris en charge par des médecins généralistes pour substitution	Recours aux médecins généralistes
Types de donnée	Déclarées par les centres de soins	Déclarées par les médecins	Déclarées par les usagers	Déclarées par les usagers	Déclarées par les usagers	Déclarées par les médecins généralistes à partir de tests biologiques	Tests salivaires auprès d'usagers	Déclarées par les médecins	Déclarées par les médecins
Nombre de personnes interrogées	15 279	Estimation sur l'ensemble des usagers pris en charge par les médecins généralistes	1 703	2 062	1 004	689	249	197	95
Année	1997	1997	1995	1998 (1 ^{er} sem.)	1998	1996	1996	1997	1996
Zone géographique	France entière	France entière	Paris et région parisienne, Lille, Metz, Marseille	France entière	France entière	Départements du Nord, du Rhône et de la Seine- Saint-Denis	Toulouse	Vaucluse	Hauts-de-Seine

Source : OFDT

* Intervalle de confiance associé à l'estimation

Les taux de prévalence sont exprimés en % des statuts sérologiques connus (positifs + négatifs).

La catégorie « statut inconnu » englobe les non-réponses, test non effectué, test effectué et résultats inconnus.

Les chiffres de prévalence de ce tableau fournissent une limite supérieure pour le VIH et une limite inférieure pour le VHC (cf repères méthodologiques).

Association entre infections
Les usagers séropositifs pour le VIH sont très souvent également infectés par le VHC.

Cette proportion est très élevée dans l'enquête novembre et l'enquête GT69. Les usagers séropositifs pour le VIH recrutés dans la rue déclarent moins souvent une séropositivité au VHC, mais il est probable qu'ils méconnaissent plus souvent leur véritable statut.

La prévalence déclarée de la coinfection VIH et VHC dans l'ensemble des recours du mois de novembre 1997 est au minimum de 12 %. La faible prévalence du VIH dans les départements du Nord et du Rhône explique le chiffre plus faible de l'enquête coordonnée par GT69.

Association entre infections au VIH et au VHC chez les usagers de drogue.

	Enquête novembre	Enquête PES	IREP	GT69
% de VHC parmi les VIH	82-85*	70	47	93
% de coinfections (VIH et VHC) parmi les sérologies connues (1)	12	15	12	8
% sérologies connues	62	81,3	67	73
Nombre de recours et/ou individus	15 279	1004	1 703	689
Populations	Recours aux centres spécialisés	Usagers fréquentant les PES	Usagers de drogues injectables	Principalement usager par voie intraveineuse
Année	1997	1998	1995	1996
Type de données	Déclaratives	Déclaratives	Déclaratives	Tests biologiques

Source : OFDT

(1) Nombre de personnes séropositives pour le VIH et le VHC parmi l'ensemble des personnes connaissant leur statut sérologique

* Les deux bornes correspondent aux hypothèses utilisées pour le calcul de la prévalence du VHC, ici parmi les usagers séropositifs au VIH (voir repères méthodologiques)

Autres aspects de la morbidité

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

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

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

Repères méthodologiques

→ Enquête novembre du DREES

On se reportera à la section sur les recours aux systèmes sanitaires et sociaux pour le cadre général de l'enquête.

En ce qui concerne les données de prévalence déclarée du VIH et du VHC, les résultats de l'enquête sont fournis sous forme d'une fourchette de valeur.

Dans le cas du VIH, la valeur de la borne supérieure est calculée en rapportant le nombre de séropositifs à l'ensemble des personnes dont le statut est connu (séropositifs et séronégatifs). La valeur de la borne inférieure est calculée en rapportant le nombre de séropositifs à l'ensemble des personnes ayant répondu à la question (seules les non-réponses sont exclues). La valeur haute correspond ici à l'hypothèse selon laquelle les personnes n'ayant pas effectué de tests ou l'ayant effectué, mais ne connaissant pas leur résultat se partagent entre séropositifs et séronégatifs comme ceux qui connaissent leur statut. La valeur basse correspond à une deuxième hypothèse : les répondants qui ne connaissent pas leur statut sont tous séronégatifs. Les personnes ignorant leur statut sérologique sont en moyenne plus jeunes et il paraît vraisemblable qu'elles soient moins infectées que celles connaissant leur statut.

Dans le cas du VHC, la valeur inférieure de la fourchette correspond au rapport du nombre de séropositifs sur l'ensemble des recours pour lesquels le statut sérologique est connu (séropositifs et séronégatifs). Pour le calcul de la valeur supérieure, toutes les personnes ayant répondu et ne se déclarant pas séronégatives sont supposées être séropositives (les personnes n'ayant pas effectué de test ou ne connaissant pas leurs résultats sont considérées comme séropositives). Le nombre de séropositifs est rapporté à l'ensemble des personnes ayant répondu à la question (non-réponses exclues). Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie, il existe des raisons de penser que les personnes ne connaissant pas leur statut sont plus infectées, en proportion, que celles qui connaissent leur statut.

→ Enquête sur la prise en charge des usagers de drogues par les médecins généralistes (EVAL)

(voir fiche sur la prise en charge par les médecins généralistes)

→ Enquête du CESES (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida).

Cette enquête est réalisée chaque semestre depuis 1993 dans les centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement (N=2 062). Un questionnaire destiné au recueil de données individuelles et anonymes est envoyé à chaque centre. Les variables recueillies comprennent des informations sur les caractéristiques démographiques des usagers de drogues, sur leur consommation de drogues, le dépistage VIH, VHC et VHB et sur la connaissance des statuts sérologiques. Des informations cliniques sont demandées pour les sujets séropositifs. Le questionnaire est rempli par le personnel des centres de soins avec hébergement d'après les informations fournies par les résidents.

→ Enquête sur les programmes d'échange de seringues

Enquête menée du 30/03/98 au 5/04/98 par l'IVS et l'INSERM dans 60 PES auprès des usagers venant chercher des seringues stériles (N=1 004). Le taux de participation est de 50 %. Le questionnaire, anonyme, a été auto-administré éventuellement avec l'aide d'un membre du PES. Il portait sur les caractéristiques individuelles, l'histoire de la toxicomanie, le recours aux soins, les produits consommés, les pratiques à risque (injection, rapports sexuels non protégés) le recours aux tests de dépistage du VIH, VHB et VHC et leurs résultats.

→ Étude multicentrique de l'IREP

Enquête menée fin 1995 dans cinq sites (Marseille, Paris, banlieue parisienne, Metz, Lille) auprès des usagers de drogues injectables (N=1 703). Les usagers sont recrutés principalement dans la rue et pour une part dans les structures spécialisées de soins. Il n'était pas possible, dans le cadre de cette enquête, de faire reposer la

constitution de l'échantillon de façon aléatoire. L'échantillon a été constitué en recherchant la plus grande diversité possible de situations et de sujets. Des analyses statistiques ont permis de faire apparaître les principaux facteurs de risques pour les personnes ayant participé à cette enquête pour le VIH, le VHB et le VHC.

→ Enquête Toxicomanie Hépatite C (GT69)

Enquêtes menées en 1996 dans trois départements (Nord, Seine-Saint-Denis et Rhône). Les patients, usagers ou ex-usagers de drogues « dures », ont été recrutés en partie par l'intermédiaire de médecins généralistes membres de réseaux ville-hôpital toxicomanie et de services hospitaliers accueillant des patients usagers de drogues pour le traitement de leurs maladies infectieuses (N=1 302 dont 662 auprès des médecins généralistes). Le recrutement s'est étalé sur un an. Le traitement statistique permet de faire apparaître les principaux facteurs de risques pour les trois virus ainsi que pour les coinfections.

→ Enquête ARES92 (Dr Bacle)

Enquête prospective menée en 1996 auprès de 21 médecins recevant des patients usagers de drogues en cabinet de ville, en centre de santé ou en centre spécialisé dans la banlieue parisienne. Chaque médecin devait inclure les 15 premiers patients vus en consultation entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1996 avec comme critère d'inclusion la consommation d'une drogue illicite avec dépendance, le recours à un traitement de substitution et la consommation de codéine (N=95). Suivi à six mois et à un an.

→ Enquête sur les patients sous substitution dans le Vaucluse (Dr Bruy)

Enquête menée auprès de 12 médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital situé dans le Vaucluse. Elle a porté sur 197 patients différents ayant un traitement de substitution depuis plus de six mois.

→ Enquête sur la prévalence du VIH et du VHC à Toulouse (Dr Bello)

Enquête menée en 1996 auprès des usagers fréquentant sept structures de soins à Toulouse, avec utilisation d'un test salivaire pour le dépistage des anticorps VIH et VHC. Les usagers ayant accepté de participer à l'enquête (N=249) ont également rempli un questionnaire. Des analyses statistiques ont permis l'identification des facteurs de risques pour le VIH et le VHC.

Parler de prévalence d'un virus dans une population à partir des déclarations de dépistage d'anticorps constitue a priori un abus de langage. Pour une infection virale comme le VIH, où la contamination implique presque systématiquement le portage chronique du virus, on peut néanmoins considérer les seuls anticorps détectés comme le reflet d'une infection actuelle. Ce d'autant plus qu'en cas de découverte d'anticorps anti-VIH, il y a une confirmation systématique de la séropositivité par recherche de marqueurs viraux directs (ARN viral). Dans le cas du VHC, la prévalence du VHC déclarée à partir des données de dépistage des anticorps anti-VHC correspond également de manière fiable au nombre de personnes actuellement infectées par le virus, que ce soit sur un mode aigu ou chronique.

Compte tenu de la multiplicité des situations sérologiques possibles pouvant être rencontrées au cours des infections par le VHB (hépatite aiguë, hépatite ancienne guérie, sujet vacciné, portage chronique) on ne peut, en revanche, rien dire des données de prévalence du VHB recueillies à partir des seules déclarations d'usagers. Ces données peuvent rendre compte de marqueurs sérologiques aussi différents que l'antigène viral (Ag HBs), qui renseigne directement sur la présence du virus (infection aiguë ou portage chronique) ou les anticorps au VHB, qui peuvent témoigner selon leur type d'un contact avec le VHB (anticorps anti-HBc) ou d'une vaccination (anticorps anti-HBs). Ainsi, on estime qu'un nombre important d'usagers de drogues, comptés dans les chiffres de prévalence, sont en fait guéris. D'un point de vue de santé publique, il importe surtout d'estimer la part des sujets porteurs du virus (les malades et les porteurs sains), celle des sujets anciennement infectés aujourd'hui guéris, et celle des sujets vaccinés. Comme ces estimations reposent sur le dépistage de marqueurs spécifiques que les données de déclaration ne distinguent classiquement pas, les données de prévalence du VHB, recueillies dans la plupart des enquêtes, ne fournissent pas d'informations clairement interprétables.

Le virus de l'hépatite C (VHC) a été identifié à la fin des années 1980 comme l'agent responsable de la plupart des hépatites non-A non-B. La transmission se fait principalement lors d'un contact direct entre sang contaminé par le virus et sang du « receveur ». L'usage de drogues par voie intraveineuse apparaît actuellement comme un facteur majeur de contamination. En l'absence de vaccin, la prévention reste le seul moyen d'éviter l'infection. La phase aiguë de la maladie comporte souvent peu de symptômes et reste peu apparente. De ce fait, on estime qu'environ les trois quarts des personnes séropositives pour le VHC ignorent qu'elles le sont. Dans près de 20 % des cas, l'hépatite aiguë évolue spontanément vers la guérison, et dans 80 % vers la chronicité. Parmi les formes chroniques, 20 % évoluent vers la cirrhose en 15 ans ; annuellement 3 à 5 % des cirrhoses donnent lieu à une complication grave : insuffisance hépatique sévère ou cancer⁸⁶.

Les résultats d'une étude sur la morbidité du VHC⁸⁷ indiquent qu'à source d'infection égale, les hépatites post-transfusionnelles semblent évoluer plus fréquemment vers la cirrhose que les hépatites consécutives à une toxicomanie intraveineuse. Ces différences pourraient être en partie liées à une différence de génotype du VHC dans ces différents modes de contamination.

Pour en savoir plus :

- EMMANUELLI (J.), LERT (F.), *Enquête sur les usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, Rapport OFDT, 1999.*
- SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J-B.), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, juillet 1993 à juin 1998, Centre européen pour la surveillance du Sida, 1999.*
- BELLO (P.Y.), PASQUIER (C.), GOURNEY (P.), *Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification des facteurs de risques associés chez des usagers de drogues de Toulouse, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 20/1998, 19 mai 1998.*
- CHOSSEGROS (P.), *Enquête toxicomanie hépatite C, GT69, Rapport d'enquête, 1998.*
- Expertise collective INSERM, *Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement, Paris, Les éditions INSERM, 1997, 265 p.*
- IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, rapport de recherche, IREP, Paris, décembre 1996.*

Quelques chiffres sur la morbidité liée à l'alcool et au tabac

On donne ici un premier aperçu, dans le cadre du rapport de l'OFDT, des chiffres de morbidité concernant l'alcool et le tabac. Ils sont issus d'une enquête nationale sur les hospitalisés effectuée en 1991 et 1992. Les pathologies liées à l'alcoolisme ou au tabagisme et traitées par les médecins de ville ne sont pas prises en compte ici.

Le relevé des données est effectué par les médecins hospitaliers qui apprécient les facteurs de risques. Les déclarations sont sans doute moins bonnes chez les patients pour lesquels une recherche systématique des facteurs de risques n'est pas motivée par l'état de santé. Le risque tabagique est ainsi probablement sous-déclaré, en particulier chez les jeunes, car il a longtemps été considéré comme un simple comportement, ses conséquences sur la santé apparaissant tardivement.

■ Alcool

13 % de l'ensemble des personnes présentes en hospitalisation complète un jour moyen selon une enquête menée en 1991 et 1992, soit 59 000 patients, souffraient d'alcoolisme, qu'ils aient été hospitalisés précisément pour ce motif (13 500 patients) ou pour un autre.

Une enquête menée dans le département des Yvelines confirme ces chiffres, avec une prévalence de l'alcoolisation excessive évaluée à 13 % chez les patients hospitalisés. Chez les personnes âgées de 36 à 55 ans, une alcoolisation excessive était diagnostiquée chez 45 % des hommes et 19 % des femmes. 10 % des jeunes de moins de 25 ans hospitalisés présentaient une alcoolisation excessive. Le rapport Reynaud-Parquet conclut, à partir de l'ensemble des données disponibles, que chez les hommes, 10 % des séjours en milieu hospitalier sont liés aux complications de l'alcoolisme. Cette proportion est de 5 % chez les femmes. La consommation nocive d'alcool nécessitant un traitement toucherait 20 à 30 % des hommes hospitalisés et 10 % des femmes.

En ce qui concerne la médecine de ville, il ressort de quelques enquêtes menées au début des années 1990 que les patients ayant un risque alcoolique et/ou souffrant déjà d'une pathologie liée à l'alcool représentaient 20 % des consultants en médecine générale⁸⁸.

Les maladies principales liées à l'alcoolisme sont les troubles mentaux (29 %), les tumeurs (12 %), les maladies de l'appareil circulatoire (12 %), les traumatismes ou empoisonnements (8 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire et du système nerveux. Le tabac est également en cause pour les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire. On notera que les maladies vasculaires provoquées par l'alcool sont un peu différentes de celles, plus fréquentes, provoquées par la cigarette. Les problèmes cardiaques liés à l'alcool sont pour l'essentiel une tension élevée, des insuffisances cardiaques, des maladies du muscle cardiaque (myocardiopathies) et des troubles du rythme. Les accidents vasculaires cérébraux sont plus souvent hémorragiques que dus à des problèmes de non-alimentation sanguine des tissus (ischémie).

Un patient hospitalisé pour alcoolisme souffre en moyenne de plus de trois maladies (y compris la maladie principale liée à l'alcool).

■ Tabac

⁸⁶ CHRONIQUE (C.), GOZLAN (A.), TCHAKAMIAN (S.), GUIGNON (N.), HAURY (B.), NADAL (J.-M.), PARAYRE (C.), RUFAT (P.), THELOT (B.), *Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite, in Informations rapides avr. 1998 ; 99, SESI, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.*

⁸⁷ ROUDOT-THORAVALL (F.), PAWLOTSKI (J-M.), DHUMEAUX (D.) et le groupe d'étude de la prévalence et de l'épidémiologie des hépatites C, *Épidémiologie et morbidité du virus de l'hépatite C en France - étude de 6 664 patients atteints d'hépatite chronique, in BEH 1996 ; 5 : 20-21.*

⁸⁸ REYNAUD (M.), PARQUET (Ph.-J.), *Évaluation des dispositifs de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool, Rapport de la mission, Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, novembre 1997.*

On ne recense aucune personne hospitalisée pour tabagisme, lequel n'est généralement pas non plus déclaré par les médecins hospitaliers comme diagnostic associé. Le tabagisme n'est signalé que comme facteur de risques. D'après l'enquête, ce facteur concernait 16 % des personnes en hospitalisation complète un jour donné.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les personnes de 40 ans et plus à risque tabagique sont les maladies de l'appareil circulatoire (22 %), les troubles mentaux (15 %), les maladies de l'appareil respiratoire (12 %) et les tumeurs (8 %). Ces personnes sont plus souvent hospitalisées pour une tumeur ou une maladie de l'appareil respiratoire que celles du même âge sans risque tabagique.

Sources :

- COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, CREDES, biblio n°1164, février 1997, 173 p.
- PARQUET (Ph-J.), REYNAUD (M.), *Evaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool*, Rapport de la mission, Direction générale de la santé, Direction générale des hôpitaux, novembre 1997.

La mortalité liée à l'usage de drogues illicites

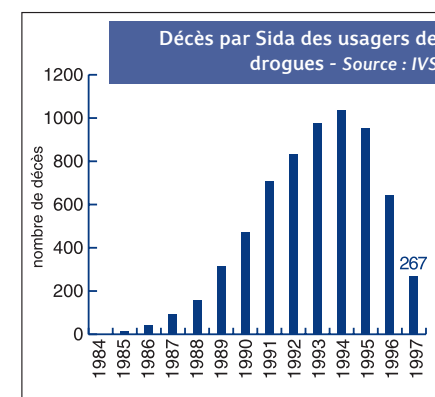
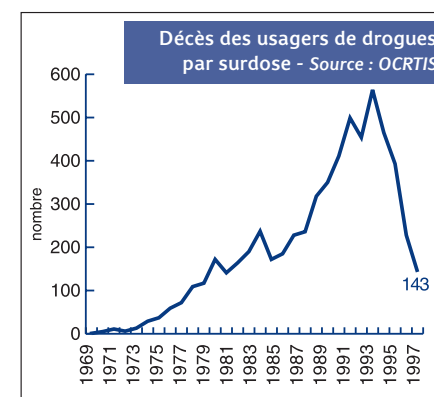
En l'absence d'étude de cohorte, il n'est pas possible d'avoir une connaissance globale de la mortalité chez les usagers de drogues. Seules deux causes de mortalité dans cette population peuvent aujourd'hui être renseignées : la mortalité par surdose et celle par Sida des usagers de drogues par voie intraveineuse. Le décès par surdose est défini comme une mort violente, suspecte, suscitant une enquête policière qui constate un contexte d'usage de drogues. Les données de l'OCRTIS sont vraisemblablement sous-estimées, car il arrive que le médecin constatant le décès fasse le choix d'éviter la procédure judiciaire pour épargner l'entourage de la victime et autorise l'inhumation sans que les services de police aient pu faire une enquête. Les données sur les décès par Sida liés à l'usage de drogues recensés par le Réseau national de santé publique sont également sous-estimées d'environ 20 %.

Les autres causes possibles de décès des usagers de drogues sont recensées à l'INSERM de façon parcellaire, la mention de toxicomanie associée ne figurant pas, en général, sur le certificat de décès. C'est donc une vision partielle du phénomène que nous décrivons ici.

Entre 1994 et 1998, le nombre de surdoses mortelles a fortement diminué passant de 564 à 143. Cette diminution fait suite à une hausse quasi constante depuis le début des années 1970 et qui s'est poursuivie jusqu'en 1994. Parmi les facteurs permettant d'expliquer cette évolution, on peut citer la mise en place des politiques de substitution et de réduction des risques ainsi que la tendance à la désaffection des usagers de drogues à l'égard de l'héroïne.

L'âge moyen des personnes décédées à la suite d'une surdose était de 30 ans en 1998, contre 25 en 1986.

Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues a été divisé par plus de 3 entre 1994 et 1997 (1 037 en 1994 et 267 en 1997). Cette diminution fait suite à une augmentation continue entre 1986 et 1994. On observe une évolution similaire pour l'ensemble des décès par Sida, quel que soit le mode de contamination. La proportion de décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse représente, en 1997, environ 25 % de l'ensemble des décès par Sida.



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

L'âge moyen des usagers de drogues décédés par Sida était de 36 ans en 1997, contre 35 en 1996, et progresse de façon continue depuis plusieurs années.

La surdose mortelle reste majoritairement consécutive à une prise d'héroïne mais les décès liés aux polyconsommations (prises combinées d'héroïne, d'alcool et de médicaments notamment) représentent une part de plus en plus importante des morts par surdose. Les décès par surdose en 1997 sont attribués pour 64 % à l'héroïne et près de 29 % aux médicaments, cette dernière proportion étant en nette augmentation par rapport au début des années 1990 (environ 7 % en 1990 et 1991).

Les décès provoqués par l'absorption de médicaments résultent, pour la plupart, de l'absorption de plusieurs d'entre eux.

Nombre de décès par surdose

Surdoses	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Total	318	350	411	499	454	564	465	393	228	143
dont → Héroïne	275	302	368	460	408	505	388	336	164	92
→ Médicaments	22	27	31	31	44	50	68	49	56	41
→ Cocaïne	7	5	5	0	1	2	4	6	6	9
→ Solvants	11	12	6	6	1	6	4	1	1	1
→ Indéterminé	3	4	1	1	0	1	1	1	1	0

Source : OCRTIS

On retrouve néanmoins fréquemment la présence de Subutex® (13 cas), de Tranxène® (6 cas), de Skénan® (5 cas), ainsi que de Rohypnol® et de Méthadone® (4 cas chacun). Il existe actuellement une controverse sur la dangerosité de ce produit, notamment lorsqu'il est injecté par voie intraveineuse ou consommé avec d'autres médicaments, et tout particulièrement les benzodiazépines ou l'alcool. On se reportera à la contribution sur le Subutex® dans la partie « Tendances » pour plus de détails sur cette question.

En 1998, les décès par surdose sont concentrés dans un nombre limité de départements : les 9 départements les plus touchés représentent environ 70 % de l'ensemble des décès par surdose. Ces régions sont dans l'ordre : Paris, le Nord, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, le Val-d'Oise, l'Essonne, les Bouches-du-Rhône et le Rhône. Les disparités régionales correspondent globalement à celles observées pour la plupart des indicateurs liés à l'usage de drogues tels que les recours aux soins, les interpellations, les ventes de Stéribox® et de Subutex® (voir sur cette question la section « Approche géographique de la drogue en France »).

Pour en savoir plus :

- *Surveillance du Sida en France (situation au 31 mars 1997)*, BEH n°/1997, RNSP, 1997.
- *Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1998*, OCRTIS, ministère de l'Intérieur, 1999.
- *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes. Étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, ORS Ile-de-France, mars 1997.
- *LECOMTE (D.), HATTON (F.), MICHEL (L.), LE TOLLEC (A.), Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France*, BEH 35/1994, RNSP, 1994.

Repères méthodologiques

➔ INSERM unité SC8 (registre national des causes de décès).

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

➔ Institut de veille sanitaire (décès par Sida).

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

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

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

Quelques chiffres sur la mortalité liée à l'alcool et au tabac

Quelques chiffres concernant la mortalité liée à la consommation de ces deux produits sont présentés ici. Ces données sont difficilement comparables à celles relatives aux décès liés à l'usage de stupéfiants. Dans le cas des substances illicites, ne sont pris en compte que les décès par surdose et par Sida. Les conséquences sur la mortalité des hépatites C et d'autres pathologies ne sont pas connues. Par ailleurs, une comparaison rigoureuse demanderait que la mortalité soit examinée selon les âges. Les comparaisons de mortalité liée au tabac et à l'alcool demandent elles-mêmes beaucoup de prudence, les méthodes d'évaluation n'étant pas identiques pour les deux produits. De plus, un nombre important de décès est attribuable à la fois à l'alcool et au tabac.

■ Tabac

À la fin des années 1990, la consommation de tabac est considérée comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur 9. On estime qu'un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer pendant l'adolescence décèdera à cause du tabac, pour la moitié d'entre eux avant 69 ans.

Ces décès se répartissaient, en 1995, de la manière suivante :

- 31 500 par cancer ;
- 13 700 par maladies cardio-vasculaires ;
- 11 000 par maladies respiratoires ;
- 3 800 pour d'autres causes liées à la consommation de tabac.

La répartition par sexe est très inégale puisqu'en 1995, les décès liés au tabac concernent environ 56 600 hommes (soit 21 % de la mortalité masculine tous âges confondus) et 3 100 femmes (soit 1 % de la mortalité féminine tous âges confondus). La tranche d'âge la plus concernée, relativement, est celle des 45-64 ans avec 29 % des décès masculins et 4 % des décès féminins attribuables au tabac.

Le niveau de consommation de tabac (dose quotidienne moyenne) et l'ancienneté de cette pratique sont des facteurs de risque de morbidité très importants.

En projetant les consommations selon l'évolution des comportements au cours des décennies précédentes, on prévoit 165 000 décès prématurés par an à l'horizon 2025, ce nombre correspondant à un doublement des décès masculins et à un décuplement des décès féminins.

■ Alcool

En ce qui concerne l'alcool, nous distinguerons deux catégories : la mortalité consécutive à des pathologies liées à l'alcoolisme et la mortalité liée à la conduite en état alcoolique.

Mortalité consécutive aux pathologies liées à l'alcoolisme

En 1996, on comptait 23 438 décès liés à l'imprégnation éthylique chronique, parmi les plus de 15 ans, dont 2 397 par psychose et dépendance alcoolique, 8 960 par cirrhose du foie et 12 081 par cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèbres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx). Ces chiffres issus de la statistique des causes de décès en France de l'INSERM ne tiennent compte que des causes principales de décès inscrites sur les certificats de décès. Cette mortalité touche environ 55 % des cas des personnes âgées de moins de 65 ans.

La mortalité par alcoolisme touche beaucoup plus les hommes (7,2 % des décès masculins) que les femmes (1,9 %) et beaucoup moins les cadres (5 % des décès) que les employés et ouvriers (46 % des décès).

On observe une forte disparité régionale des taux de mortalité par alcoolisme, beaucoup plus élevés dans les régions du Nord et du Nord-Ouest (Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Haute-Normandie, Picardie).

Enfin, le risque de cancer des VADS augmente avec la consommation de tabac, même pour des consommations tabagiques modérées (moins de 9 cigarettes par jour).

Le taux de décès lié à l'alcoolisme est en diminution constante depuis 1979 pour les deux sexes. Cette évolution est attribuable pour l'essentiel à la diminution des décès par cirrhose. La dépendance alcoolique diminue dans une moindre mesure. Le cancer des VADS diminue beaucoup chez l'homme et moins chez la femme, la consommation de tabac, également facteur de risque pour ces cancers, ayant tendance à augmenter chez les femmes.

Les décès liés à la conduite en état alcoolique

Les sondages effectués par l'INRETS (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) sur les procès-verbaux d'accidents corporels permettent de recueillir des informations sur la présence d'alcoolémie illégale lors des accidents. En 1995, à partir des résultats d'alcoolémie connus (78 % des cas), on trouvait 27 % des conducteurs présumés responsables d'un accident mortel présentant un taux d'alcoolémie illégale. Ce taux atteignait 45 % pour les conducteurs responsables d'un accident mortel à un seul véhicule. Le sondage a également montré qu'une alcoolémie illégale est mentionnée dans 34 % des accidents mortels. Selon le bilan établi par la sécurité routière pour l'année 1995, le nombre de tués s'élevaient à 8 412. Si on émet l'hypothèse que les cas avec résultats d'alcoolémie inconnus se répartissent comme les cas connus, et en appliquant la proportion de 34 % citée plus haut aux 8 412 décès, on obtient un ordre de grandeur de 2 900 personnes décédées dans un accident avec présence d'alcoolémie illégale.

Certains décès sont indirectement liés à l'alcool : accidents de travail, maladies où l'alcool est un facteur aggravant et dont l'importance et le niveau d'imputabilité à l'alcool ne sont pas connus. Cela explique que des chiffres souvent plus élevés, situés entre 40 000 et 50 000 décès imputables à l'alcool par an, soient fréquemment cités. Ces derniers chiffres demandent à être précisés et confirmés.

Sources :

- Conférence de consensus de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).
- GOT (C.), WEILL (J.) (dir.), *L'alcool à chiffres ouverts*, Seli Arslan, Paris, 1997.
- HILL (C.), DOYON (F.), SANCHO-GARNIER (H.), *Epidémiologie des cancers*, Médecine- Sciences Flammarion, Paris, 1997.
- *La santé en France 1994-1998*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut comité de santé publique, septembre 1998.
- *Sécurité routière, Bilan annuel, statistiques et commentaires*, année 1997, Observatoire interministériel de sécurité routière, Paris, 1997.

OFFRE DE PRODUITS

Le chiffre d'affaires des drogues illicites, de l'alcool et du tabac

Le poids économique d'un produit illicite est, par définition, difficile à appréhender. À partir des données fragmentaires sur le nombre de consommateurs, des hypothèses sur les fréquences de consommation et sur les prix moyens pratiqués, on peut tenter de donner un ordre de grandeur du chiffre d'affaires que représente la consommation de certaines drogues illicites. En ce qui concerne l'alcool et le tabac, il existe des données issues de la comptabilité nationale ou des professionnels du secteur sur le chiffre d'affaires réalisé dans ces deux secteurs. Pour rendre les trois montants comparables, il faut se référer au prix payé par les consommateurs, c'est-à-dire, pour les produits licites, au chiffre d'affaires toutes taxes comprises réalisé sur le marché national.

Le chiffre d'affaires de la branche alcool

Selon l'INSEE, le montant des ventes de boissons alcoolisées aux ménages français⁸⁹ s'est élevé à 92,9 milliards de francs en 1997. Ce montant comprend l'ensemble des taxes prélevées sur ce type de boissons. Sont exclues, en revanche, les exportations d'alcool et les ventes réalisées auprès de la branche Café-Hôtel-Restaurant (CHR). La dépense des ménages français pour l'alcool est donc minorée du montant de la consommation d'alcool dans les cafés, hôtels, restaurants. La part du chiffre d'affaires de ce secteur que représente la vente de boissons alcoolisées n'a pu être évaluée dans ce rapport.

La dépense annuelle moyenne par ménage, hors hôtels, cafés, restaurants s'est élevée, en 1995, à 1 581 francs pour les vins (58,71 % du total), 766 francs pour les apéritifs, eaux-de-vie et liqueurs (28,44 %), 299 francs pour les bières (11,10 %) et 47 francs pour la catégorie cidre (1,75 %), soit une dépense totale de 2 693 francs pour les boissons alcoolisées. Les repas pris à l'extérieur représentent une dépense moyenne par ménage de 6 273 francs. En supposant que la consommation d'alcool représente au minimum 10 % de ces dépenses, le budget alcool d'un ménage s'en trouve augmenté de près d'un quart. L'ensemble des dépenses des ménages consacrées aux boissons alcoolisées est sans doute nettement supérieure à 100 milliards en 1997.

Selon l'association *Entreprise et Prévention* (groupe de réflexion et d'initiatives de producteurs de boissons), les prélèvements fiscaux sur l'alcool en 1994⁹⁰ se répartissaient en 18 milliards de francs de taxes indirectes sur les alcools, 2 milliards de francs de vignette, soit 20 milliards de prélèvements fiscaux. Au total, la pression fiscale spécifique aux boissons alcoolisées s'élèverait à 21 milliards de francs. La TVA, de l'ordre de 20,6 %, doit être rajoutée pour obtenir la pression fiscale totale sur l'alcool.

Le chiffre d'affaires de la branche tabac

En 1997, le chiffre d'affaires réalisé par la vente de tabac, sous ses différentes formes, s'est élevé à 75,3 milliards de francs. Ce chiffre comprend les ventes de tabac réalisées sur le territoire national auprès des ménages. Il inclut

⁸⁹ Tableaux de l'économie française, INSEE, 1998.

⁹⁰ Il semblerait, selon *Entreprise et Prévention*, que ces chiffres n'aient pas fondamentalement évolué depuis cette date.

les marges des différents intermédiaires (6 % pour le débiteur et 3,24 francs pour le distributeur), ainsi que l'ensemble des charges fiscales.

En 1995, la charge globale fiscale sur la cigarette était d'environ 76 %. Cette charge globale fiscale comprend 20,6 % de TVA, la taxe perçue au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles⁹¹ et le droit de consommation. Il est à noter que ces deux dernières taxes sont calculées à partir du prix de vente. Le droit de consommation se décompose en une part spécifique fixée à 36,6 francs pour 1 000 cigarettes vendues et une part proportionnelle, actuellement de 54,5 % (donnée 1997) calculée de sorte que, pour la forme de tabac la plus vendue, le droit de consommation globale s'élève à 58,3 % du prix de vente (voir tableau ci-après). Du fait de la présence de la part spécifique, on constate que le droit de consommation sera plus faible pour un paquet plus cher et inversement.

Taux normal de droits de consommation sur les tabac en France continentale, au 1^{er} août 1995

Types de produit	Taux
Cigarettes	58,3 %
Cigares	28,9 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	54,0 %
Autres tabacs à fumer	46,7 %
Tabacs à priser	40,2 %
Tabacs à mâcher	27,5 %

Source : INSEE (1997)

En 1997, le droit de consommation sur le tabac a représenté 40,6 milliards de francs de recettes pour l'État.

Si on décompose ce chiffre d'affaires en prix et en quantité moyenne, les 6 998 tonnes de tabac vendues sur le marché français en 1996 correspondent, en équivalent cigarettes, à 95 milliards de cigarettes consommées. Le prix de vente unitaire moyen est d'environ 0,79 franc.

La dépense consacrée à l'achat des drogues illicites

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

Deux méthodes d'évaluation des dépenses peuvent être employées :

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

quantités de drogues consommées selon le type d'usagers. Le calcul, reposant sur de nombreuses hypothèses, devient plus complexe. Cette approche est cependant beaucoup plus solide que la précédente. C'est celle qui est adoptée ici.

Cannabis

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

Le calcul présenté ici s'appuie sur les résultats d'une étude menée par P. Cohen et A. Sas sur l'usage de cannabis à Amsterdam⁹² (voir encadré en fin de texte) et sur certaines données fournies dans l'étude R. Ingold et M. Toussirt sur l'usage du cannabis en France⁹³.

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

Fréquence de consommation chez les usagers de cannabis à Amsterdam

Rythme de consommation	% parmi les consommateurs expérimentés ayant consommé dans l'année
Quotidienne	17
Une fois par semaine ou plus mais non quotidienne	31
Au moins une fois par mois	15
Une fois dans l'année et moins d'une fois par mois	37
Total	100 %

Source : Cannabis use in Amsterdam, COHEN (P), SAS (A.), Cedro, 1998

D'après les enquêtes menées en France, le nombre de consommateurs de cannabis dans l'année était estimé à 2,2 millions en 1995⁹⁴. On supposera qu'il y a correspondance entre les consommateurs dans l'année et les consommateurs expérimentés.

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

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

⁹² COHEN (P), SAS (A.), Cannabis use in Amsterdam, Cedro, 1998.

⁹³ INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), Le cannabis en France, ed. Anthropos, Paris, 1998, 173 p.

⁹⁴ Cf. La mesure de l'ampleur des consommations de drogues dans le chapitre « Les consommations de drogues en France ».

⁹¹ Taxe fixée à moins de 1 %.

– la consommation moyenne des personnes consommant moins d'une fois par mois est supposée égale à 0,5 gramme, tous les deux mois.

Calcul du montant estimé des ventes de cannabis en France

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

Source : OFDT

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

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

Héroïne

Le calcul de la dépense consacrée à l'achat d'héroïne peut être fait en deux temps. On s'appuiera tout d'abord sur le nombre de seringues vendues pour estimer la consommation d'héroïne correspondant à l'utilisation de ces seringues. Dans un second temps on cherchera à évaluer le nombre de consommateurs d'héroïne non injecteurs.

Le nombre de seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues peut être estimée à environ 13,8 millions en 1997⁹⁵. Les messages de prévention encouragent les usagers de drogues à ne pas partager les seringues et à ne pas les réutiliser. L'enquête menée auprès des usagers fréquentant les Programmes d'échange de seringues a montré qu'une grosse minorité (18 %) continue de partager les seringues. Selon l'enquête d'Ingold⁹⁶, une grande majorité des usagers réutilise sa seringue. En partant de l'hypothèse d'une seringue par jour et des 13,8 millions de seringues vendues, on obtient un nombre de 38 000 seringues utilisées chaque jour.

Divers facteurs jouent en faveur de l'augmentation ou de la diminution de ce chiffre. Une seringue peut-être utilisée sur une période plus longue qu'un jour, ce qui augmente le nombre de seringues utilisées chaque jour. Certains usagers peuvent en revanche ne pas du tout réutiliser leur seringue (diminution du nombre de seringues), des pratiques de partage des

seringues subsistent (augmentation). Enfin, un certain nombre de seringues peuvent être utilisées pour l'injection d'autres produits que l'héroïne (cocaïne, Subutex[®]), ce qui diminue le nombre de seringues utilisées pour l'injection d'héroïne. On supposera finalement que, chaque jour, environ 30 000 seringues sont utilisées pour l'injection de trois doses d'héroïne.

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

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

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

Au total, la dépense consacrée à la consommation d'héroïne pourrait se situer aux alentours de 4,6 milliards de francs en 1997.

L'ampleur de la consommation de cocaïne et de drogues de synthèse n'est pour l'instant pas mesurable. Ces produits ne sont véritablement repérables ni dans les enquêtes en population générale (sauf chez les jeunes), ni dans les statistiques administratives des services sanitaires et sociaux ou des services chargés d'appliquer la loi, où ces substances n'apparaissent pas dans plus de 2 à 3 % des cas. On peut malgré tout mentionner que le rapport Padieu évaluait le chiffre d'affaires de la cocaïne à 3 milliards de francs en 1994.

Le chiffre d'affaires repérable (cannabis et héroïne) des drogues illicites pourrait s'élever, d'après les hypothèses adoptées, à près de 9 milliards de francs. En modifiant certains paramètres dans des marges plausibles, on peut sans doute obtenir des variations de la dépense du simple au double. Les hypothèses et le raisonnement proposés ici conduisent à considérer que le chiffre d'affaires du cannabis et de l'héroïne ne devrait pas être supérieur à 20 milliards et inférieur à 4 milliards.

L'étude de Peter Cohen et Arjan Sas repose sur la passation d'un questionnaire mené auprès de consommateurs de cannabis repérés au cours d'un sondage en population générale dans la ville d'Amsterdam. Ce sondage a porté sur plus de 4 000 personnes interrogées en 1994 sur leur consommation de cannabis et dont les coordonnées ont été conservées. 29 % d'entre elles ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Les chercheurs ont décidé de se limiter aux consommateurs de cannabis expérimentés, définis comme ayant consommé du cannabis au moins 25 fois dans leur vie. Il a été proposé aux 535 personnes correspondant à ce critère de répondre à un questionnaire approfondi sur leur consommation de cannabis. 250 personnes ont accepté et finalement 216 ont pu être interrogées. Des comparaisons statistiques effectuées sur les refus ont montré que les deux groupes ne différaient pas significativement du point de vue de la consommation de cannabis, de l'âge, du sexe, etc..

Pour en savoir plus :

- COHEN (P.), SAS (A.), *Cannabis use in Amsterdam*, Cedro, 1998.
- INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), *Le cannabis en France*, ed. Anthropos, Paris, 1998, 173p.
- PADIEU (R.), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation française, 1994.

⁹⁵ Cf. la partie relative aux indicateurs de la réduction des risques.

⁹⁶ R.INGOLD, op.cit.

La lutte contre le blanchiment de l'argent lié aux drogues illicites

Le montant des sommes d'argent à blanchir par les trafiquants de stupéfiants est particulièrement difficile à appréhender. Certaines estimations sont produites au niveau mondial à partir de données sur les récoltes de produits stupéfiants en France. Ce calcul très global ne permet pas de déterminer les montants d'argent à blanchir issus des ventes de stupéfiants et le montant des dépenses correspondantes. Cette estimation repose, on l'a vu, sur de nombreuses hypothèses. Seule une partie de ce chiffre d'affaires de la drogue correspond à de l'argent à blanchir, tel qu'on l'entend habituellement. Une partie de cette somme est en effet utilisée par les échelons intermédiaires, soit pour couvrir les frais liés à leur activité (les économistes parlent de consommation intermédiaire), soit pour leurs dépenses personnelles. En l'état des connaissances actuelles, il est difficile de déterminer quelle fraction du chiffre d'affaires reste à blanchir, une fois les dépenses courantes de tous les intermédiaires effectuées.

Les indicateurs dont on fait état ici ne se rapportent pas aux montants de capitaux à blanchir mais à l'activité des services chargés de la lutte contre le blanchiment.

Créé au début des années 1990 au sein du ministère de l'Économie et du Budget, TRACFIN (Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers) est chargé de recevoir et traiter les déclarations de soupçon des organismes financiers et de transmettre à l'autorité judiciaire les dossiers qui mettent en évidence des faits susceptibles de relever du trafic de stupéfiants ou de l'activité d'organisation criminelle.

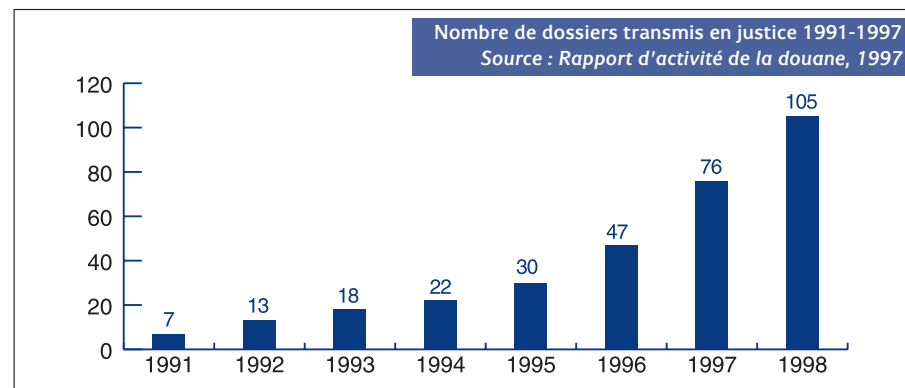
TRACFIN reçoit un nombre toujours croissant de déclarations, 1213 en 1997, soit près de 100 par mois. Depuis février 1991, TRACFIN a reçu plus de 4 880 déclarations de soupçon. Cette tendance à l'augmentation, qui se poursuit en 1998, semble surtout être la conséquence d'une collaboration plus efficace des services bancaires et financiers concernés. La grande majorité des déclarations de soupçon s'avéreront infondées après vérification et seuls quelques dizaines de dossiers seront transmis à la justice. Par ailleurs, ces déclarations portent sur le blanchiment de l'ensemble des produits du crime et non pas uniquement sur l'argent de la drogue.

Les banques sont à l'origine de près de 69 % de ces déclarations. Leur part tend à décroître au profit de certains secteurs professionnels de mieux en mieux sensibilisés, comme les changeurs manuels et les compagnies d'assurance.

Le nombre de dossiers transmis à la justice est en croissance rapide avec 76 dossiers en 1997, représentant globalement un montant 750 millions de francs, contre 47 dossiers en 1996 et 30 en 1995.

Environ 1 600 enquêtes étaient en cours à la fin 1997 et depuis la création de TRACFIN, 213 affaires au total ont été portées devant la Justice.

Selon les chiffres fournis par le ministère de la Justice, on comptait, à la fin 1998, 34 condamnations définitives pour blanchiment, dont 25 depuis 1993.



Repères méthodologiques

➔ **TRACFIN, ministère de l'Économie 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 19 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).

Pour en savoir plus :

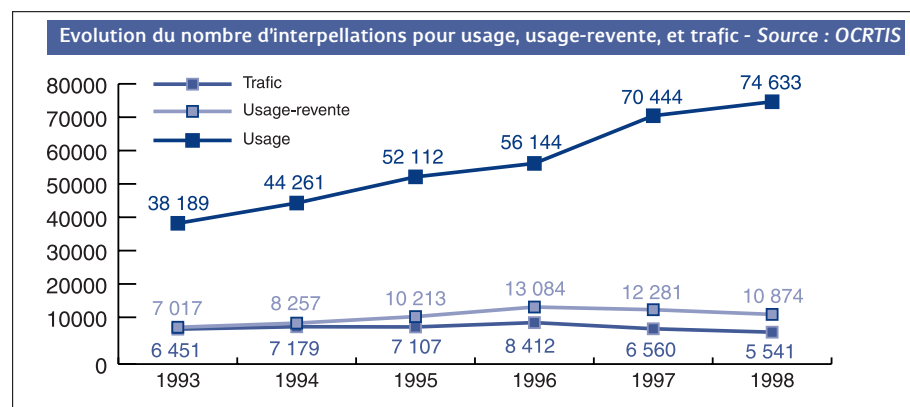
- *Blanchiment de l'argent lié à la drogue, in Drogues et Toxicomanies : Indicateurs et tendances - édition 1995, DGLDT-OFDT, Paris, 1995.*
- *FOND (P.), TRACFIN : un premier bilan, Les cahiers de la sécurité intérieure, n°19, 1^{er} trimestre 1995.*
- *GAILLARDOT (D.), TRACFIN et la lutte contre le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

Trafic de drogues illicites : interpellations, condamnations, incarcérations

Les interpellations

Le nombre d'interpellations pour trafic

Le nombre des interpellations de trafiquants chute assez fortement entre 1996 et 1998, passant de 8 412 à 6 560 en 1997 et 5 541 en 1998. On retrouve en 1998 à peu près le même nombre d'interpellations que dans les années 1991/1992. Les interpellations pour trafic représentent 6 % de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 1998 contre 11 % en 1992.



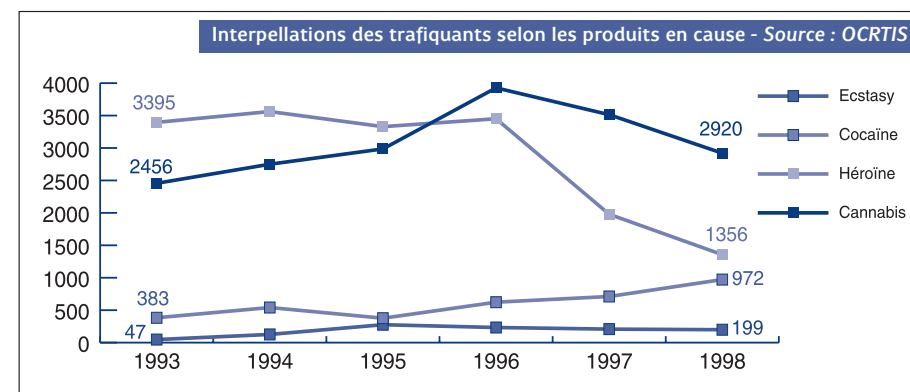
Les interpellations par type de trafiquants

Les trafiquants interpellés en 1998 se répartissent en trafiquants internationaux (environ 23 %) et les trafiquants locaux (77 %). La part du trafic local oscille entre 75 et 85 % depuis le milieu des années 1980. Il est à noter, cependant, que la quasi-totalité de la baisse des interpellations de trafiquants de 1996 à 1998 est imputable à la baisse du trafic local.

Les interpellations de trafiquants par produit

En 1998, les trafiquants de cannabis représentaient un peu plus de la moitié des trafiquants interpellés (52 %), proportion à peine inférieure à celle de 1997 (53,5 %). La part des trafiquants d'héroïne a chuté de 33 % à 24 % de 1997 à 1998, alors que celle des trafiquants de cocaïne (et crack) est passée de 12 à 17 %. Les interpellations de trafiquants d'ecstasy représentent une part beaucoup plus faible de l'ensemble des trafiquants interpellés (3 %).

L'évolution entre 1993 et 1998 est caractérisée par une forte diminution, à partir de l'année 1997, des interpellations de trafiquants d'héroïne. Après avoir fortement augmenté de 1993 à 1996, les interpellations de trafiquants de cannabis



ont aussi connu une baisse importante. Les interpellations de trafiquants de cocaïne, qui fluctuent entre 200 et 500 depuis le milieu des années 1980, ont récemment tendance à augmenter. Les interpellations de trafiquants d'ecstasy sont stables depuis 1995.

La contraction du marché de l'héroïne, déjà perceptible au niveau des interpellations des usagers depuis 1995, s'est brutalement fait sentir à partir de 1997 pour les trafiquants. Cette tendance semble être poursuivie en 1998. La reconversion probable des trafiquants vers d'autres produits comme la cocaïne commence à être perceptible dans les interpellations pour trafic de ce produit.

Les condamnations liées au commerce de stupéfiants

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

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

Les condamnations en infractions principales

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

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

Nombre de condamnations pour infraction principale liée au commerce de stupéfiants

Types d'infraction	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Condamnations pour trafic de stupéfiants (import-export)	2 196	2 128	2 450	2 706	2 429	2 193
Condamnations pour commerce, emploi, transport de stupéfiants	2 182	2 284	2 173	2 652	3 378	4 016
Condamnations pour offre et cession de stupéfiants	2 272	2 034	2 307	2 595	2 863	2 523
Condamnations pour détention-acquisition	7 563	7 699	7 294	7 910	8 263	8 595

Source : Annuaire statistique de la justice 1999

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

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

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

Ce nombre de condamnations hors usage est supérieur aux 7 à 8 000 interpellations de trafiquants enregistrées par l'OCRTIS dans les années 1995-1996. Cela signifie que l'on trouve parmi les 11 798 condamnés hors usage non seulement les trafiquants recensés par l'OCRTIS mais également d'autres catégories, usagers-revendeurs, usagers simples, ou personnes interpellées pour d'autres délits.

Sur ce nombre total de condamnations hors usage, on comptait 2 559 condamnations comportant une infraction de trafic en 1996, 3 845 condamnations comportant une infraction de transport non associée au trafic, 3 187 condamnations comportant une infraction d'offre ou cession non associées aux infractions précédentes et enfin 2 193 infractions pour détention-acquisition associées à aucune des infractions précédentes.

Évolution

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

Nombre de condamnations sanctionnant les infractions à la législation sur les stupéfiants hors usage

Types d'infraction	1991	1996	1997
1. Condamnations comportant au moins une ILS	22 699	27 426	27 483
2. Condamnations comportant au moins une infraction d'usage	11 505	15 493	15 685
3. Condamnation ILS ne comportant pas d'usage (3 = 1-2)	11 194	11 933	11 798

Source : SDES, ministère de la Justice

Incarcérations pour trafic

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

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

Les incarcérations recouvrent à la fois des mises en détention provisoire et des incarcérations suite à condamnation (cas des personnes qui ne sont pas en détention provisoire avant leur jugement).

Les flux de détenus

En 1997, près de 10 600 personnes ont été incarcérées pour une infraction principale à la législation sur les stupéfiants, dont les deux tiers pour trafic. 700 personnes sont entrées dans les établissements suite à une infraction principale d'usage, chiffre en diminution régulière depuis 1993. Les entrées liées au trafic ont brusquement chuté en 1997 après être restées très stables entre 1993 et 1996. Cette dernière évolution peut-être rapprochée de la diminution du nombre des interpellations de trafiquants.

Flux d'incarcérations pour infraction liée au commerce de stupéfiants

Types d'infraction	1993	1994	1995	1996	1997
Trafic	7 845	7 726	7 991	7 842	6 869
Cession	686	1 140	1 053	987	910
Autres infractions à la législation sur les stupéfiants (hors usage)	2 091	2 158	2 653	2 244	2 115
Usage	1 213	1 034	892	870	700

Source : SDES

Le nombre de détenus à une date donnée

Au début de l'année 1998, on comptait 10 547 personnes détenues pour infraction à la législation sur les stupéfiants, dont environ une moitié de condamnés et une moitié de prévenus. Le nombre de détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants est en diminution depuis 1996 passant de 6 550 à 5 160 entre le 1^{er} janvier 1996 et le 1^{er} janvier 1998. Les détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont représenté 21 % de la population des détenus condamnés au 1^{er} janvier 1994 pour tomber à environ 18 % au 1^{er} janvier 1998.

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

Nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires au 1^{er} janvier 1998

Types d'infraction	Nombre de personnes en détention provisoire	Nombre de condamnés incarcérés
Trafic	4 019	3 753
Cession	329	292
Autres infractions à la législation sur les stupéfiants (hors usage)	942	862
Usage	197	257

Source : SDES

Repères méthodologiques

➔ Fichier national des auteurs d'infraction 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. (Voir fiche sur les interpellations pour usage).

➔ Casier Judiciaire National, SDSED

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'infraction dans une même condamnation, le nombre d'infractions mentionné est supérieur au nombre de condamnations qui les sanctionne. (Voir fiche sur les condamnations pour usage).

➔ Fichier national des détenus, SCERI

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

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

Pour en savoir plus :

- Les condamnations 1996 et 1997, *Études et statistiques justice*, n° 11 et 13, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1999.
- Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1997, OCRTIS, ministère de l'Intérieur, 1998.
- TIMBART (O.), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, *Études et statistiques Justice* 4, Sous-direction de la statistique des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1995.
- TIMBART (O.), *L'usage de stupéfiants dans les condamnations*, *Infostat Justice* n° 38, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1994.
- *Annuaire statistique de la justice*, édition 1999, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1999.

Les saisies de drogues illicites

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

En 1998, les quantités saisies de cannabis se sont stabilisées à un niveau élevé. Le nombre de saisies continue de progresser, en particulier pour les petites quantités. Quantités saisies et nombre de saisies ont en revanche diminué pour l'héroïne, confirmant la tendance engagée depuis quelques années. Tout comme pour les interpellations, le nombre de saisies de cocaïne reste plus faible que celui des saisies d'héroïne, mais progresse d'année en année.

Saisies de produits stupéfiants

Types de produit	1996		1997		1998	
	Quantités saisies	Nombre de saisies	Quantités saisies	Nombre de saisies	Nombre de saisies	Quantités saisies
Cannabis*	66 861	27 320	55 122	34 266	55 698	40 115
Héroïne	617	4 865	415	3 924	344	3 113
Cocaïne	1 742	1 213	844	1 471	1 051	1 688
Crack	11	244	16	228	25	334
LSD	74 780	190	5 983	171	18 680	154
Ecstasy	349 210	644	198 941	628	1 142 226	608
Amphétamines	128	91	194	163	165	158

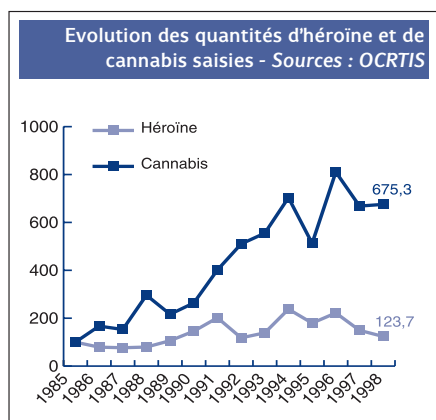
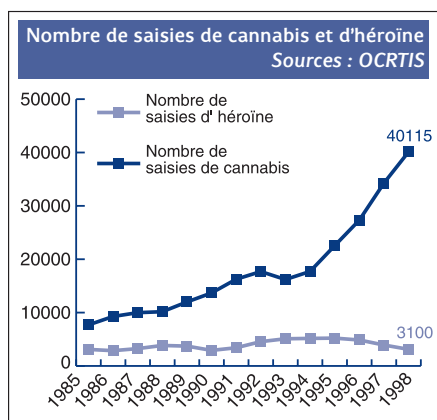
Quantités exprimées :
en kg pour le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, le crack et les amphétamines
en doses pour le LSD et l'ecstasy

Source : OCRTIS

* comprend l'herbe et la résine de cannabis. Sur les 55,7 tonnes de cannabis, on compte 52,2 tonnes de résine et 3,5 tonnes d'herbe.
Sur le long terme, et au-delà des variations annuelles, on peut faire état d'une tendance à l'augmentation des quantités saisies pour toutes les substances. L'augmentation est cependant plus forte pour le cannabis que pour l'héroïne. Entre 1985 et 1998, la moyenne des taux de croissance annuelle des quantités d'héroïne saisie est de 8 %, contre environ 20 % pour le cannabis. Les quantités d'héroïne saisie oscillent entre 200 et 300 kg par an, du milieu des années 1980 au début des années 1990, pour se situer entre 400 et 600 kg par la suite. Pour le cannabis, les quantités saisies fluctuent entre 10 et 20 tonnes dans la première période et entre 40 et 60 tonnes dans la seconde. Les quantités saisies de cocaïne, parties d'un niveau faible au milieu des années 1980, ont rapidement progressé jusqu'en 1990. Si l'on exclue la saisie exceptionnelle de 1994, les quantités saisies oscillent depuis entre 800 et 2 000 kg par an.

On peut s'interroger, dans le cas de la France, sur le rôle du transit dans l'augmentation des quantités saisies. En ce qui concerne le cannabis, le tonnage de résine saisi à destination du marché domestique était de 16 tonnes en 1998 soit un niveau comparable à celui constaté entre 1992 et 1995.

La provenance et la destination des drogues saisies sont restées à peu près identiques ces dernières années.



Depuis le début des années 1990, la part des pays producteurs est en nette régression parmi les zones d'acquisition. Le cannabis provient toujours essentiellement du Maroc, soit directement soit, et de plus en plus, via l'Espagne d'où provenait la majeure partie de la résine de cannabis saisie en 1998 (33 tonnes). Les deux tiers de l'ensemble des quantités saisies étaient en transit, vers les Pays-bas tout d'abord, le Royaume-Uni et les autres pays du nord de l'Europe ainsi que vers l'Italie.

L'héroïne provient toujours majoritairement de l'Asie du Sud-Ouest (Afghanistan, Pakistan). Le principal pays de transit avant l'entrée en France reste les Pays-Bas (31 % des quantités saisies en 1998). Parmi les autres pays qui apparaissent de façon régulière, on citera la Belgique (22 kg en 1998), l'Espagne, la Thaïlande (11 kg) la Turquie (7 kg). Deux saisies importantes, totalisant 83 kg, ont porté en 1998 sur de l'héroïne en provenance de la Hongrie, en transit sur le territoire français. Ces pays n'étaient jamais apparus auparavant dans les pays d'origine des saisies. Les principaux pays de destination étaient en 1997, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni. Contrairement au cannabis, une partie importante des quantités saisies est destinée au marché français. Cette proportion était en baisse en 1998 avec 43 % des quantités saisies en 1998 contre 66 % en 1997.

Pour la cocaïne, les pays d'Amérique du Sud occupent traditionnellement le premier rang parmi les pays d'approvisionnement. En 1998, c'est néanmoins l'Espagne, pays utilisé depuis longtemps par les trafiquants d'Amérique du Sud comme voie d'entrée en Europe, qui arrive en tête (252 kg). La Colombie, qui a souvent été le premier pays d'acquisition ces dernières années, est dépassé en 1998 par l'Argentine (83 kg) et le Venezuela (82 kg) et fait jeu égal avec le Surinam (65 kg).

La France est aussi un pays de transit pour la cocaïne. Tout au long des années 1990, d'importantes quantités saisies étaient destinées à l'Italie, à l'Espagne, aux Pays-Bas et aux autres voisins européens.

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

Les échantillons d'héroïne analysés ont tendance à être de plus en plus dilués depuis 1995. Le taux de pureté est d'autant plus faible que les quantités saisies sont faibles. Les produits de coupage les plus fréquents sont la caféine, trouvé dans près de 90 % des échantillons et le paracétamol. La majorité des échantillons d'héroïne chlorhydrate⁹⁷

contient entre 80 et 90 % de caféine. Pour l'héroïne base⁹⁸, le taux de caféine est plus faible (entre 30 et 40 %). Le paracétamol est de plus en plus utilisé avec des concentrations de plus en plus fortes.

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

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

Repères méthodologiques

➔ Fichier national des auteurs d'infraction 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 des pays (re)distributeurs ou de transit.

Pour en savoir plus :

- Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1997, OCRTIS, ministère de l'Intérieur, 1998.
- L'action de la Douane : bilan 1997 et perspectives, ministère de l'Économie et des Finances, 1998.

⁹⁷ L'héroïne chlorhydrate, qui se présente sous la forme d'une poudre blanche, est la forme injectable de ce produit.

⁹⁸ Peu soluble dans le sang, l'héroïne base (la « brune ») est une préparation destinée à être fumée. Elle est néanmoins souvent injectée après avoir été chauffée et mélangée à un acide (acide citrique par exemple).

LES DROGUES ILLICITES DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS ET DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

Approche géographique des drogues illicites en France

La situation en matière de drogues n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Certaines zones sont beaucoup plus touchées que d'autres. Cinq indicateurs ont été utilisés pour différencier les départements : les recours au système sanitaire et social, les ventes de Stéribox®, les ventes de Subutex®, les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy et enfin les décès par surdose. Ces indicateurs portent sur l'usage de drogues à problèmes, principalement l'usage des opiacés.

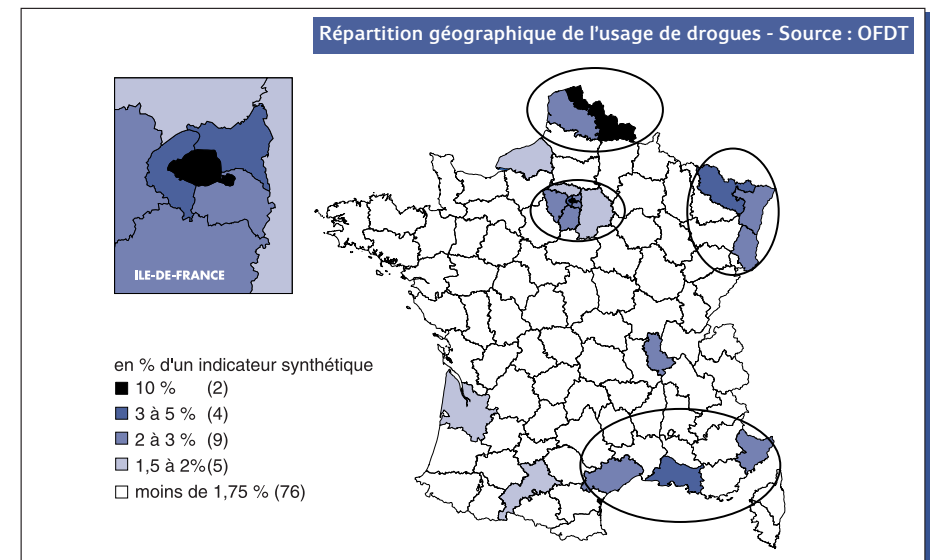
Les tableaux ci-après présentent également des données sur les interpellations pour usage de cannabis. Ce dernier indicateur n'a cependant pas été intégré au calcul de l'indicateur global qui porte sur l'usage des drogues « à problèmes ».

Le classement global repose sur une simple moyenne des poids d'un département pour chaque indicateur (voir repère méthodologique), ce qui donne donc le même poids à chacun de ces indicateurs.

L'image de la répartition géographique ainsi obtenue est en partie l'expression de l'offre de soins et de traitements et de l'activité des services de police et ne peut prétendre représenter les seules disparités géographiques de l'usage des drogues.

Le classement global

Un phénomène qui reste géographiquement concentré. Treize départements concentrent 50 % du phénomène tel que nous le mesurons, et 28 départements 75 %. Les interpellations sont tout particulièrement concentrées en raison, il est vrai, du poids du département du Nord qui assure à lui seul 20 % des interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy. Les trois quarts des ventes de Subutex® et de Stéribox® s'effectuent sur un peu plus d'un quart des



départements. Les interpellations pour usage de cannabis sont moins concentrées géographiquement : les trois quarts des interpellations sont réalisées par quarante départements.

Classement absolu

La répartition géographique de l'usage des drogues se caractérise par l'existence de quatre pôles régionaux : Paris et sa région, le Nord, le Nord-Est (Alsace et Lorraine), et la côte méditerranéenne.

Ces pôles géographiques ont comme caractéristiques communes d'être constitués des départements les plus peuplés, à quelques exceptions près, et, hormis la région parisienne, d'être situés dans des zones frontalières.

Les dix départements les plus touchés (données 1997)

Département	Indicateur global	Indicateur Recours (1)	Indicateur Stéribox® (2)	Indicateur Subutex® (2)	Indicateur Interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne et ecstasy (3)	Indicateur Décès par surdose (3)	Indicateurs Interpel pour usage de cannabis (3)
Paris	10,95 %	9,73 %	10,58 %	9,53 %	8,19 %	16,74 %	3,5 %
Nord	10,15 %	9,40 %	4,27 %	5,44 %	19,29 %	12,33 %	7,9 %
Hauts-de-Seine	4,84 %	3,64 %	3,81 %	2,23 %	5,25 %	9,25 %	3,1 %
Bouches-du-Rhône	4,40 %	4,56 %	5,86 %	4,89 %	2,72 %	3,96 %	3,2 %
Seine-St-Denis	4,32 %	3,83 %	3,10 %	3,19 %	2,69 %	8,81 %	3,1 %
Moselle	3,04 %	3,09 %	3,10 %	2,81 %	4,90 %	1,32 %	1,8 %
Bas-Rhin	2,83 %	1,71 %	4,17 %	4,10 %	1,99 %	2,20 %	1,2 %
Val-de-Marne	2,83 %	2,17 %	2,97 %	2,40 %	2,19 %	4,41 %	2,1 %
Alpes-Maritimes	2,61 %	3,11 %	3,02 %	2,98 %	3,04 %	0,88 %	2,1 %
Haut-Rhin	2,38 %	1,60 %	2,47 %	3,19 %	1,55 %	3,08 %	1,5 %

Source : (1,) SESI ; (2,) SIAMOIS/RNSP ; (3,) OCRTIS

Lecture du tableau :

Paris représente 9,7 % des recours de la France entière, 10,6 % des ventes de stéribox®, etc.

Les chiffres de la colonne « global » sont calculés en effectuant la moyenne des chiffres en ligne (hors cannabis) pour chaque département.

L'analyse des vingt principaux départements touchés fait apparaître tout d'abord les départements situés au cœur des pôles mentionnés plus haut (Paris, Nord, Bouches-du-Rhône, Moselle, Bas et Haut-Rhin) et certains départements limitrophes très peuplés, puis les départements-sièges d'une grande ville comme le Rhône, la Gironde, la Haute-Garonne.

Classement à population égale

Pour tenir compte des différences de population dans chaque département, le poids d'un département, pour chaque indicateur obtenu précédemment, est rapporté au poids de ce département dans la population globale. On retrouve alors, parmi les dix premiers, des départements présents dans les vingt premiers du classement précédent, à l'exception des Pyrénées-Orientales. La position de ce département dans ce classement s'explique par sa caractéristique côtière et frontalière. Les dix départements suivants sont très différents entre les deux types de classement. On voit apparaître quelques départements qui se rattachent aux quatre pôles mentionnés plus haut (Ardennes, Meurthe-et-Moselle, Val-de-Marne, Vaucluse). La position dans le classement obtenu par le département des Pyrénées-Atlantiques est liée, encore une fois, à sa position frontalière. Quatre départements sont plus atypiques, la Charente-Maritime, seul département de l'Ouest figurant dans ce classement, la Marne, l'Aube et l'Yonne.

Le classement obtenu pour le cannabis, après avoir tenu compte de la taille de la population, est très différent de celui

Les vingt départements les plus touchés à population égale (données 1997)

Département	Indicateur global	Indicateur Recours au système sanit. et social (1)	Indicateur Stéribox® 2	Indicateur Subutex® (2)	Indicateur Interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne et ecstasy (3)	Indicateur Décès par surdose (3)	Indicateurs Interpel pour usage de cannabis (3)
Paris	2,45	2,18	2,37	2,13	1,83	3,75	0,78
Nord	2,25	2,08	0,95	1,21	4,27	2,73	1,74
Haut-Rhin	1,92	1,29	1,99	2,57	1,25	2,49	1,18
Pyrénées-Orientales	1,84	1,42	2,80	2,43	1,77	0,79	0,82
Hauts-de-Seine	1,78	1,34	1,40	0,82	1,94	3,41	1,13
Moselle	1,69	1,71	1,72	1,56	2,72	0,73	1,01
Alpes-Maritimes	1,68	2,00	1,94	1,92	1,96	0,57	1,36
Seine-Saint-Denis	1,58	1,40	1,13	1,16	0,98	3,21	1,13
Hérault	1,56	1,11	2,13	2,39	1,26	0,91	0,77
Bas-Rhin	1,52	0,92	2,24	2,20	1,07	1,18	0,66
Bouches-du-Rhône	1,45	1,51	1,94	1,62	0,90	1,31	1,07
Ardennes	1,34	0,98	1,18	1,43	2,21	0,92	1,01
Charente-Maritime	1,22	1,17	1,65	1,87	1,39	0,00	1,30
Marne	1,21	0,50	1,15	0,91	2,21	1,27	1,19
Pyrénées-Atlantiques	1,19	1,78	0,89	0,91	0,98	1,39	0,81
Val-de-Marne	1,19	0,91	1,25	1,01	0,92	1,85	0,89
Meurthe-et-Moselle	1,13	1,11	1,51	1,17	1,50	0,35	1,12
Yonne	1,06	0,53	1,22	1,47	2,11	0,00	0,96
Aube	1,06	1,73	0,80	0,91	1,87	0,00	0,87
Vaucluse	1,05	0,84	1,26	1,87	0,71	0,55	1,04

Source : (1,) SESI ; (2,) SIAMOIS/RNSP ; (3,) OCRTIS

Lecture : les recours à Paris ont un poids dans l'ensemble des recours deux fois plus élevé que le poids de la population de Paris dans l'ensemble de la population française (métropole uniquement).

obtenu pour les autres substances. Seuls quatre départements, classés parmi les vingt premiers auparavant, apparaissent dans le classement basé sur les seules interpellations pour usage de cannabis. Deux départements peu peuplés, les Hautes-Alpes et l'Ariège arrivent en tête du classement, suivi par le Nord.

Caractérisation des départements selon les indicateurs

L'observation des valeurs du tableau précédent nous conduit à distinguer trois groupes :

- Les départements où tous les indicateurs, ou presque, se situent à un niveau élevé.

Paris est en fait le seul département où les cinq indicateurs permettant le classement global se situent à un niveau élevé. Les interpellations pour usage de cannabis sont en revanche assez peu nombreuses relativement à la taille de la population.

Dans deux autres départements, tous les indicateurs, à l'exception des surdoses, se situent à un niveau élevé : les Alpes-Maritimes et la Moselle

- Les départements plutôt caractérisés par un niveau élevé des indicateurs Stéribox® et Subutex®.

Ce groupe comprend, par ordre d'apparition dans le classement global : le Haut-Rhin, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault, le Bas-Rhin, les Bouches-du-Rhône, la Charente-Maritime, et, situés plus loin dans le classement, le Gard.

Les niveaux des indicateurs pour le Stéribox® et le Subutex® sont très fortement corrélés. Quelques exceptions pourtant : les Hauts-de-Seine, avec un indicateur de vente de Subutex® très bas comparé à celui des Stéribox® et à l'inverse le Vaucluse avec un indicateur élevé pour le Subutex® et nettement plus bas pour le Stéribox®.

- Les départements caractérisés par un niveau élevé de l'indicateur interpellations.

Parmi les départements caractérisés par un niveau d'interpellations élevé on citera : le Nord où les indicateurs sont élevés à la fois pour les interpellations, les recours et les surdoses ; les Ardennes, la Marne, l'Yonne et l'Aube.

L'indicateur Interpellations (à population égale) est très peu corrélé à l'indicateur Subutex® et Stéribox® et à l'indicateur Recours.

On notera enfin que les départements de la région parisienne sont particulièrement touchés par les décès par surdose.

Repères méthodologiques

Les données utilisées pour établir les classements des départements sont issues de la base de données SIAMOIS/RNSP pour le Stéribox® et le Subutex®, de l'enquête du SESI 1997 pour les recours et de l'OCRTIS pour les données d'interpellations et de décès par surdose. Pour des précisions sur ces différents types de données, on se reportera aux sections du rapport les concernant.

Le premier classement est établi sans tenir compte des tailles relatives des populations dans chaque département. Les départements les plus peuplés ont donc plus de chance de se retrouver en tête de classement. Pour chaque département, les indicateurs sont exprimés en pourcentage du total national pour l'indicateur considéré. Si l'on prend, par exemple, les recours, ceux de Paris représentent 9,7 % de l'ensemble des recours de 1997. L'indicateur synthétique est obtenu en établissant la moyenne des pourcentages pour les cinq indicateurs. Dans le calcul de l'indicateur global, chaque indicateur a une pondération identique.

Dans le deuxième classement, les différences de taille de population sont éliminées en rapportant les pourcentages du premier classement, au pourcentage de la population de chaque département dans l'ensemble de la population française. On se limite à la tranche d'âge des 20-39 ans, parmi laquelle se trouve la majorité des usagers de drogues dures. En 1997, les recours à Paris représentaient près de 10 % de l'ensemble des recours, alors que la population de Paris représente un peu moins de 5 % de la population de la France métropolitaine. La part que représente Paris dans les recours est deux fois plus élevée que sa part dans la population. Ce n'est donc pas mécaniquement à cause de la taille de sa population que Paris se retrouve en tête du classement.

Cet indicateur peut s'interpréter comme un écart à la moyenne. Les recours par habitant sont deux fois plus élevés à Paris qu'en moyenne sur la France entière. Les départements ayant des valeurs proches ou égales à un se situent dans la moyenne.

La typologie des départements les plus touchés a été établie de façon empirique et ne repose pas sur les techniques statistiques habituellement utilisées. Des travaux non encore achevés menées au sein de l'Institut de veille sanitaire (ex-RNSP) à partir des données de la base SIAMOIS fourniront prochainement une typologie reposant sur une analyse statistique complète des données disponibles.

Les drogues illicites dans l'Union européenne

Les comparaisons entre pays européens restent difficiles en raison des différences institutionnelles et des méthodes de recueil des données. Des travaux d'harmonisation des principaux indicateurs ont été engagés par l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie, mais ils n'ont pas encore abouti. Nous ne pouvons rentrer ici dans le détail des problèmes méthodologiques soulevés par les comparaisons entre les différents pays. Retenons que les comparaisons portant sur les niveaux absolus des indicateurs sont toujours fragiles et que les comparaisons des évolutions sont souvent plus significatives.

Évolution récente de la consommation des produits dans l'ensemble des pays de l'Union européenne

Produit par produit, on observe actuellement sur le territoire européen les tendances de consommation suivantes :

Cannabis : la consommation se stabilise dans les pays où elle a atteint un niveau élevé ; elle augmente légèrement dans d'autres pays.

Drogues synthétiques : la consommation d'ecstasy se stabilise dans les pays où elle est déjà importante, mais elle augmente toujours dans les autres pays ; elle s'étend à différents milieux sociaux. La consommation d'amphétamines est en augmentation continue, et pourrait devenir, à terme, plus significative que celle d'ecstasy. L'émergence de nouvelles substances est observée dans certains pays.

Cocaïne : la consommation augmente de manière constante mais limitée ; le nombre de consommateurs reste faible. L'usage du crack reste localisé, mais s'étend dans certaines régions.

Héroïne : la consommation augmente parmi les usagers de drogues synthétiques, et parmi les jeunes dans certains pays. Par ailleurs, un développement problématique de la consommation de drogues au niveau des petites villes et des zones rurales a été relevé dans certains pays.

Situation de la France comparée aux autres pays

Consommation de cannabis et des autres drogues dans la population générale

Les enquêtes en population générale sur l'usage de drogues menées dans la plupart des pays européens permettent de tenter des comparaisons sur l'expérimentation (consommation au cours de la vie) et l'usage récent (consommation au cours de l'année) des produits illicites dans différents pays.

Au sein de l'Union européenne, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée avec, selon les pays, 5 à 30 % de la population qui a déjà expérimenté ce produit et jusqu'à 40 % des jeunes adultes. De 1 à 9 % des adultes et jusqu'à 20 % des jeunes adultes ont consommé ce produit au cours de l'année. Les informations sur la prévalence n'étant pas fournies pour tous les pays, et les enquêtes n'utilisant pas les mêmes méthodes, il est difficile de situer un pays par rapport à l'ensemble des autres. Nous pouvons dire que la prévalence de l'usage au cours de la dernière année chez les jeunes

adultes semble assez proche en France (8 %), en Allemagne (8 %) et au Danemark (7 %) et pas très différente en Espagne (11 %). Chez les lycéens de 15-16 ans, la prévalence au cours de la vie semble particulièrement élevée au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas. D'après les enquêtes les plus récentes, la prévalence en France tendrait à se rapprocher de ces niveaux.

La consommation d'amphétamines, qui arrive en deuxième position parmi les produits illicites expérimentés dans de nombreux pays de l'Union européenne, est moins fréquemment déclarée dans les enquêtes en France. L'ecstasy est consommée par 0,5 à 3 % de la population adulte dans les pays de l'Union européenne et par 1 % en France.

La cocaïne a été expérimentée par 1 à 3 % des adultes dans l'UE et l'héroïne par 0,2 à 0,3 %. Avec un pourcentage d'expérimentateur de 1 % pour la cocaïne et de 0,4 % pour l'héroïne, la France ne se différencie pas du reste de l'Union européenne. Dans les enquêtes en population générale, les faibles écarts n'ont pas ou peu de signification.

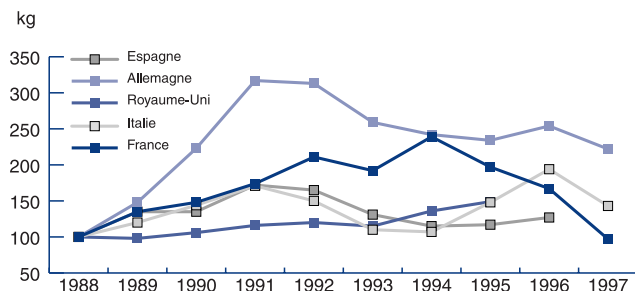
Décès et maladie infectieuse

En raison de méthodologies différentes de l'enregistrement des décès liés à l'usage de drogues, les nombres absolus ne sont pas comparables. Par contre, il est possible de comparer les évolutions.

Le nombre de décès liés à la drogue a connu une augmentation importante dans presque tous les pays de l'Union européenne à la fin des années 1980. Il a ensuite commencé à diminuer dans un certain nombre de pays comme l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et a poursuivi sa progression en France, au Royaume-Uni et dans des pays qui enregistraient auparavant très peu de décès comme la Grèce, l'Autriche et le Portugal. La France a atteint son pic en 1994 et depuis la diminution est particulièrement rapide et continue, contrairement à la situation en Italie et en Espagne où les décès sont repartis à la hausse. La France est aujourd'hui le seul pays où le nombre de décès est revenu à son niveau de la fin des années 1980, à l'exception des Pays-Bas, dont le niveau est resté à peu près constant depuis 1985.

Il est vrai que la définition restrictive des décès utilisée par la France (et les Pays-Bas), qui n'inclut que les surdoses et ne prend pas en compte les accidents et les suicides qui pourraient être attribués à l'usage de drogues, tend à limiter l'ampleur des variations des chiffres. L'harmonisation des chiffres de mortalité est une des tâches prioritaires que s'est fixée l'Observatoire européen des drogues.

Evolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues dans les 5 pays les plus peuplés de l'UE
Source : Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie



En ce qui concerne le VIH, la plupart des pays rapportent une tendance soit à la stabilité, soit à la diminution.

Certains pays semblent avoir été plus touchés que d'autres, si on se réfère tout du moins au nombre de nouveaux cas de Sida déclarés⁹⁹ au cours de la première moitié des années 1990 ; c'est le cas des pays du sud de l'Europe, de l'Espagne, de l'Italie, du Portugal, et à un moindre degré de la France. Les pays du nord sont moins touchés.

La prévalence des hépatites C est élevée dans tous les pays, et on ne voit pas se dessiner le clivage nord/sud observé pour le VIH.

Demandes de traitement et traitements de substitution

Les caractéristiques de la population d'usagers de drogues ayant recours au système sanitaire et social sont dans l'ensemble assez homogènes au sein de l'Union européenne et sont très proches de celles observées en France. Dans tous les pays, il s'agit majoritairement d'hommes (70 à 90 % des demandes de traitement). L'âge moyen est proche de 30 ans. On note toutefois une proportion importante de jeunes dans quelques pays comme l'Irlande, la Grande-Bretagne, le Portugal, l'Allemagne et la Belgique. L'héroïne est le principal produit utilisé dans 70 à 90 % des demandes de traitements sauf dans les pays nordiques et la Belgique où les amphétamines prennent une place importante dans les recours. La cocaïne est à l'origine de moins de 5 % des demandes de traitements dans la plupart des pays (à l'exception d'un bloc Pays-Bas, Belgique flamande et Luxembourg). Le cannabis apparaît, comme en France, dans 10 % des cas. La pratique de l'injection est, par contre, assez variable d'un pays à l'autre mais les informations sur ce sujet sont absentes pour beaucoup de pays.

Les traitements de substitution sont aujourd'hui disponibles dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, quelques pays maintenant des critères assez stricts d'accès à ces traitements. La méthadone reste jusqu'en 1998 le produit principalement prescrit, la France se singularisant par l'importance des prescriptions de **buprénorphine**. Certains pays expérimentent le LAAM¹⁰⁰.

Le décompte des patients sous substitution pose de nombreux problèmes et, une fois de plus, il faut être très prudent dans les comparaisons entre pays.

En termes de nombre déclaré de patients sous substitution relativement à la population totale, l'Espagne, les Pays-bas et la France se classent en tête. La Grande-Bretagne se singularise par un nombre de personnes sous substitution relativement bas. Nous ne savons cependant pas pour l'instant jusqu'à quel point les méthodes de comptabilisation et d'enregistrement peuvent expliquer ces différences.

Interpellations et saisies

- Interpellations

L'augmentation des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, constatée en France au cours des années 1990, n'est pas un fait isolé en Europe où de nombreux pays ont connu une évolution similaire. Si on se réfère à 1991, les interpellations ont progressé plus rapidement qu'en France, jusqu'en 1996, en Belgique, Grèce, Autriche, Espagne et Grande-Bretagne. En Allemagne, la courbe d'augmentation des interpellations se compare à celle de la France. Quelques pays ont connu une évolution atypique par rapport au reste de l'Union européenne : l'Italie, le Danemark et la Suède où le nombre de interpellations est resté au même niveau qu'en 1991. Le nombre d'interpellations a tout d'abord baissé aux Pays-Bas pour remonter à partir de 1994, mais ces interpellations ne portent que sur le trafic.

⁹⁹ L'introduction des trithérapies à partir des années 1996-1997 ne permet plus d'utiliser cet indicateur pour juger de la gravité des épidémies à VIH. Les nouveaux traitements permettent en effet de faire baisser les nouveaux cas de Sida à prévalence du VIH inchangée.

¹⁰⁰ Levoalpaacétylméthadol : produits de substitution à longue durée d'action, qui ne demande que trois prises par semaine au lieu d'une prise quotidienne pour la méthadone.

On remarque, en revanche, que la France est le pays où le cannabis occupe la place la plus importante dans les interpellations en 1996 (79 %), suivie de près par la Grande-Bretagne (77 %). En Allemagne le cannabis n'est à l'origine que de 43 % des interpellations, 56 % en Espagne et 65 % en Belgique. En Italie et au Portugal, l'héroïne est la principale drogue à l'origine des interpellations (respectivement 45 et 58 % des interpellations).

La France n'est pas le seul pays à interpellier principalement des usagers (79 % en 1996). La part de ces interpellations est plus importante qu'en France en Grande-Bretagne (88 %), en Suède et en Autriche. En Allemagne, les usagers interpellés ne représentent par contre que 64 % des interpellations. En Espagne, aux Pays-bas et en Italie, les usagers ne sont pas interpellés en tant que tels.

- Saisies

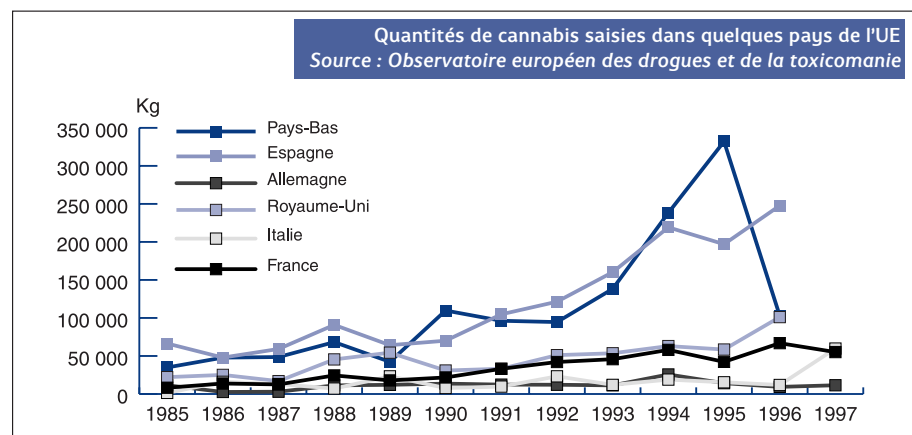
En 1996, il a été saisi dans les pays de l'Union européenne, 659 tonnes de cannabis, 5,4 tonnes d'héroïne, 32 tonnes de cocaïne et 3,5 tonnes d'amphétamines. Les pays où s'effectuent les saisies de cannabis les plus importantes sont l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la France et la Belgique. L'Italie et l'Allemagne se caractérisent par un niveau plus faible de saisie.

L'héroïne est saisie en plus grande quantité, depuis le début des années 1990, en Italie, en Allemagne, et depuis une date récente au Royaume-Uni. La France, les Pays-Bas et l'Espagne occupent une place moins importante.

L'Espagne réapparaît comme principal pays de saisie de cocaïne, suivie par les Pays-Bas et plus récemment l'Italie. Le niveau de saisie est comparable en France, au Royaume-Uni et en Allemagne.

Enfin, en ce qui concerne les amphétamines, c'est au Royaume-Uni que s'effectuent la plus grande part des saisies. Viennent ensuite la Suède, les Pays-Bas et l'Allemagne. La France a atteint tout récemment le niveau de quantités saisies de ce groupe « historique ». Le Royaume-Uni est également le principal pays de saisie de l'ecstasy.

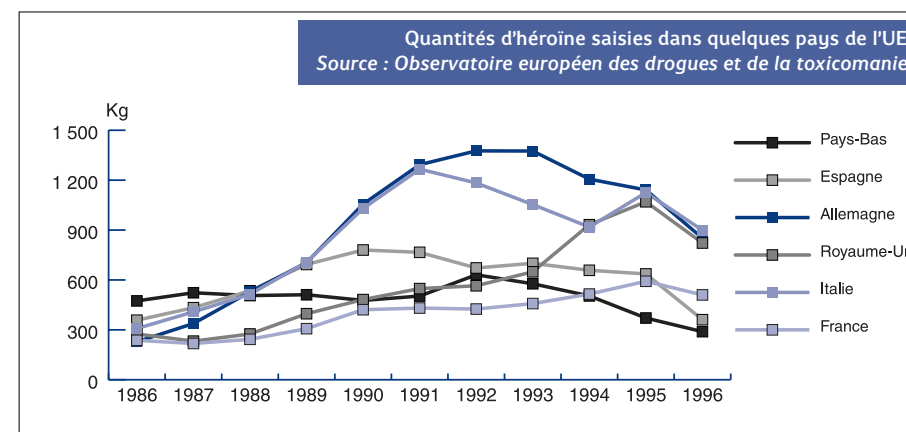
Ce sont les quantités saisies de cannabis qui ont augmenté le plus fortement dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, avec une multiplication des quantités par 2,7 entre 1990 et 1994. Depuis, les quantités saisies sont en diminution. Pour la cocaïne, on observe une stabilité des quantités saisies jusqu'en 1993, puis une forte tendance à l'augmentation par la suite. Les saisies d'héroïne fluctuent autour de cinq tonnes depuis 1992.



Les évolutions des saisies sont très semblables pour le cannabis et l'héroïne en France et au Royaume Uni, avec une situation intermédiaire pour le premier produit entre les très fortes augmentations constatées en Espagne et aux Pays-Bas et la quasi-stagnation en Italie et en Allemagne.

En ce qui concerne l'héroïne, la France et le Royaume-Uni se distinguent du profil de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne qui se caractérisent par une augmentation plus rapide des saisies à la fin des années 1980 et par une diminution à partir du début des années 1990.

Les similitudes observées entre pays peuvent non seulement s'expliquer par des situations de marché identiques, mais également par des politiques et des priorités semblables d'un pays à l'autre.



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, etc.), qui ont été fournies à l'OEDT par son réseau de points focaux nationaux REITOX.

Pour en savoir plus :

■ Annual report on the state of the drugs problem in Europe, 1998, EMCDDA.

TENDANCES

- Usages et usagers
- Trafic
- Institutions et politiques publiques

Cette partie ne porte que sur la question des drogues illicites. Les auteurs ont été sollicités plus d'un an avant la parution de ce rapport, et l'élargissement du champ d'observation de l'OFDT est intervenu trop tard pour que nous puissions engager un processus semblable pour l'alcool, le tabac ou les médicaments psychoactifs.

L'OFDT a sollicité des auteurs dont les travaux de recherche présentent des garanties scientifiques. Le contenu des contributions, qui exposent les résultats de recherches récentes ou des synthèses, n'engage cependant que leurs auteurs.

Les textes présentés dans cette partie ont été regroupés sous trois thèmes : le premier aborde la question de l'usage et de ses conséquences, le deuxième porte sur le trafic et le troisième sur les institutions et les politiques publiques.

Les deux premiers textes abordent l'usage des drogues illicites dans une perspective temporelle. Dans sa contribution, *Rodolphe Ingold* retrace l'évolution de l'usage de drogues à problèmes depuis 1970, sous l'angle des produits consommés, des prix, des pratiques de consommation, des caractéristiques démographiques et sociales des usagers de drogues. *Abdalla Toufik* se penche sur le cas des drogues de synthèse, et met en évidence l'existence de deux cycles de consommation de ces drogues et leurs différentes phases de diffusion au cours des années 1990.

Le texte de *Sylvain Aquatias* décrit, dans une approche ethnographique, la consommation de cannabis des jeunes d'une cité de banlieue. L'usage du cannabis est restitué dans son contexte, groupes de jeunes, relations de voisinage, qui imposent une forme de contrôle social sur la consommation.

L'usage des drogues en prison est une des questions prioritaires qui se posent aux pouvoirs publics. Les données sont peu abondantes dans ce domaine. *Michel Rotily* et *Claire Delorme* ont mené, depuis quelques années, plusieurs enquêtes sur l'usage des drogues en prison et en exposent les principaux résultats dans leur contribution. Leurs données sont complétées par les résultats de l'enquête nationale menée récemment par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité auprès des entrants de prison.

En termes de conséquences de l'usage de drogues, l'hépatite C est aujourd'hui le problème le plus important, avec une prévalence très élevée de l'infection au VHC que la politique de réduction des risques ne semble pas avoir permis de faire régresser jusqu'à maintenant. La contribution de *Claude Jacob* confirme ce constat à l'aide de données portant sur les usagers traités dans un centre spécialisé de soins situé à Metz.

La problématique du **trafic** est abordée à travers deux contributions. *Alain Tarrius* a enquêté sur le trafic d'héroïne dans la zone située entre Barcelone et Perpignan. Cette activité est prise en charge par différents réseaux, certains s'appuyant sur des appartenances ethniques, d'autres sur le milieu classique du banditisme, d'autres enfin prennent souche dans les familles bien intégrées de la région.

Thierry Colombié et *Nacer Lalam* ont mené une enquête sur le trafic d'ecstasy et décrivent dans leur contribution la professionnalisation de ce trafic et l'interpénétration croissante avec le milieu classique du banditisme et du trafic des drogues « naturelles ».

La troisième section rassemble des contributions qui se penchent sur les **dispositifs inscrits dans l'action publique de lutte contre les drogues**, soit dans une démarche globale d'évaluation, soit pour mieux connaître les populations concernées par ces dispositifs.

Les premières contributions relèvent du domaine **sanitaire**. *France Lert* fait le point sur l'état actuel de nos connaissances sur les traitements de substitution par le Subutex®, faisant apparaître les résultats positifs de ces traitements mais également les problèmes qu'ils soulèvent. Un certain nombre de résultats issus de l'analyse des 5 000 premiers patients ayant suivi un traitement de substitution à la méthadone sont ensuite analysés dans une contribution collective. Il a paru intéressant, en contrepoint de la substitution médicalisée, de présenter les résultats d'une enquête réalisée par un collectif de chercheurs sur l'usage du Néocodion® parfois considéré comme une forme d'autosubstitution.

L'enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues, menée par *Julien*

Emmanuelli, Marta Valenciano et *France Lert*, permet de décrire les caractéristiques de cette population ainsi que ses comportements en termes de pratiques à risque et de recours aux soins.

Marc Bessin se penche sur la pratique des soins menée en prison à l'égard des usagers de drogues depuis la réforme de 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des détenus au secteur public hospitalier.

Les deux contributions suivantes, qui portent sur les obligations de soins, se situent à l'interface du domaine sanitaire et du domaine de **l'application de la loi**. *Michel Setbon* présente les principaux résultats de sa recherche sur l'évaluation de l'injonction thérapeutique et montre que cette mesure ne touche véritablement qu'un faible nombre d'usagers de drogues interpellés. *Laurence Simmat-Durand* s'est intéressée aux obligations de soins prononcées dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. Elle montre qu'une même mesure peut être utilisée de façon très différente selon les juridictions.

Hélène Martineau a effectué une recherche sur l'action d'un service de police en matière de répression des infractions à la législation sur les stupéfiants. Elle en a tiré une typologie des usagers de drogues interpellés par la police différente de celle qu'on peut tirer des statistiques policières.

Les deux dernières contributions portent sur la question de la **prévention**. *Robert Ballion* a mené une enquête statistique sur les « comités d'environnement sociaux », rebaptisé depuis en Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Sa contribution décrit l'effectivité de la mise en place de ces structures de prévention, leurs différents modes de fonctionnement existant, ainsi que leurs limites et leurs insuffisances.

Michel Joubert a mené de nombreuses recherches sur la question des politiques locales dans le domaine de la lutte contre les problèmes de drogues. Il retrace ici les grandes étapes ayant conduit les communes à investir le domaine de la prévention de l'usage des drogues ; il montre l'importance et le rôle de nouvelles formes de coopération locale, notamment au niveau des actions de réduction des risques, dans l'émergence des politiques locales. Il établit enfin une typologie des politiques locales.

USAGES ET USAGERS

Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000

**Rodolphe INGOLD*

Introduction

Nous entendons ici par l'étude des « tendances », la description des caractéristiques d'un phénomène donné et de ses transformations dans le temps. Ce type d'étude se heurte à des difficultés considérables dans le champ de la toxicomanie. Ce dernier est mal défini, ses limites sont imprécises. Nous connaissons mal les consommateurs dans leur ensemble et les études disponibles sont fragmentaires. Des biais considérables affectent les données quantitatives disponibles. En effet, ces données concernent surtout la dimension médico-légale de la toxicomanie (sources policières, tribunaux et centres de soins). Elles ne font pas état des consommations de produits identiques dans la population générale et n'en sont pas le reflet direct, mises à part toutefois, et dans une petite mesure, les enquêtes réalisées en milieu scolaire et dans les armées.

Nous tenterons ci-après une lecture de ces trente dernières années à travers plusieurs éléments qui forment un ensemble d'allure assez disparate : données épidémiologiques, rapports officiels et d'institutions soignantes, études et recherches, données administratives et policières. La notion de tendances s'applique ici non seulement aux consommations, mais aussi aux consommateurs et à leurs pratiques. Notre ambition se limitera aux faits les plus saillants, sans aborder la question des changements institutionnels intervenus depuis les années 1970.

Préalable : concepts et sources

La notion de toxicomanie fait pour nous référence à l'interaction entre des consommateurs de drogues et les institutions spécifiquement créées pour eux. Est toxicomane celui ou celle qui, au moins une fois dans sa vie, a eu recours à ces institutions, que ce recours ait été volontaire ou involontaire. La toxicomanie est donc ici définie comme un statut social d'un type particulier et non comme une conduite au sens psychologique.

Les analyses disponibles sont peu nombreuses. Dans leur ensemble, elles tendent à montrer que la mesure du phénomène reste encore un exercice périlleux, aléatoire et sans doute vain. Nous ne savons pas mesurer une vie de toxicomane et cela est sans doute mieux ainsi. Mais certaines sources d'information sont encore largement inexploitées. L'étude de la mortalité des toxicomanes, par exemple, bénéficierait assurément d'un accueil plus favorable de la part des Instituts médico-légaux. Ces carences confèrent ainsi aux données policières une pertinence pour ce qui est de la mortalité. Les efforts de l'OFDT, créé en 1994, vont dans le sens de l'aménagement de réseaux d'information et de la mise en place de nouvelles grilles d'analyse. La plupart des données administratives datent d'après 1980 et sont rarissimes avant 1974. Beaucoup d'archives ont été détruites.

Le développement des consommations de drogues ne s'est pas réalisé selon des processus identiques à Paris et en province, dans les grandes villes, les banlieues et les milieux ruraux. Certaines régions ont connu des évolutions très proches de celle de Paris, avec Metz, Marseille, Bordeaux et Biarritz. D'autres ont connu un développement plutôt tardif du mouvement épidémique de consommation d'héroïne, tel que nous le repérons en 1977-1982 dans la région parisienne. La disparité des prévalences actuelles de la contamination VIH, en fonction des régions, est un des effets de ces différences : aux environs de 20 à 30 % à Paris et Marseille, à moins de 5 % à Metz, Lille et Mulhouse. Les époques considérées sont scindées en trois parties : de 1970 à 1975, de 1975 à 1985 et de 1985 à 2000. Cette dernière époque voit l'explosion de la consommation des stimulants avec la cocaïne et le crack, d'une part, les amphétamines et l'ecstasy, d'autre part.

** Directeur scientifique de l'IREP*

Nous nous sommes limités à la consultation d'un petit nombre de documents qui peuvent être classés de la façon suivante : les données administratives (SESI, OCRTIS), les données de recherche (IREP, INSERM notamment), les analyses et les synthèses (OFDT, rapports officiels) et, enfin, les données institutionnelles (rapports d'activité). Nous avons utilisé, aussi, nos propres souvenirs et bénéficié du soutien actif et amical de nos collègues du Réseau IREP. La première lecture de ces quelques documents nous permet d'isoler quelques données partielles mais significatives.

Éléments de description

- Les produits

Les médicaments et l'alcool ont une place très importante et largement sous-estimée dans l'éventail des produits utilisés par les toxicomanes. Les produits illicites, dont l'usage est le plus traditionnel en France, notamment dans les milieux marginaux, sont dominés dans le courant de ces vingt dernières années par le cannabis et l'héroïne. Viennent ensuite la cocaïne et divers autres produits, tels que le LSD et l'ensemble des produits hallucinogènes. Les amphétamines et les barbituriques, surtout, dès la fin des années 1950-1960, ont précédé le développement des consommations d'héroïne à partir de la fin des années 1960. Une mention doit être faite aux solvants qui ont été utilisés par vagues, notamment au début des années 1980. Le renouveau des amphétamines, avec l'ecstasy, est le phénomène actuel le plus marquant avec l'apparition du crack et la présence de plus en plus forte de la cocaïne. Le LSD, enfin, fait partie de ces produits oubliés dans les années 1980, mais qui ont toujours été présents sur le marché.

- Les pratiques de consommation

Les pratiques d'injection sont très anciennes en France, datant au moins des années 1920 avec la morphine et la cocaïne par voie sous-cutanée. L'injection intraveineuse ne semble avoir été introduite qu'aux environs de la Seconde Guerre mondiale, avec l'apparition de l'héroïne venant relayer l'opium. La première surdose mortelle par injection intraveineuse n'a été repérée qu'en 1969 dans le sud de la France. D'emblée, en France, cette modalité de consommation s'est presque généralisée dans les publics de consommateurs de drogues injectables, c'est-à-dire héroïne et cocaïne. Les pratiques de prises nasales, le « sniff », ont surtout été inaugurées chez ces derniers, le passage à l'injection devenant souvent obligé chez les consommateurs réguliers ou dépendants. La pratique de la « fumette », ou de la « chasse au dragon », était peu répandue et est surtout apparue dans les années 1990 dans les milieux de la prostitution et chez les usagers les mieux approvisionnés. Le crack, fumé et éventuellement injecté, a un rôle important dans le développement des formes orales de consommation. Les autres modes de consommation, mise à part la consommation par « joints » fumés du cannabis, sont restés marginaux.

Deux points importants caractérisent ces dernières années : les pratiques mixtes _ injection et « fumette » _ associées à l'héroïne et au crack, d'une part, et les pratiques orales associées à l'ecstasy - « gober », « sniffer », d'autre part. Le geste du « sniff », classiquement associé à la cocaïne, est vu comme un mode de consommation non sanglant. Il n'exclut pas les consommations ultérieures ou simultanées par injection. Ce geste facilite plutôt un tel passage à l'injection pour un même produit. Nous pensons surtout aux amphétamines, à la cocaïne et à l'héroïne, et redoutons une telle évolution.

Les pratiques d'injection ont évolué au cours du temps, en lien avec l'apparition du Sida et de l'hépatite C. Majoritaires avant 1985, les pratiques de partage des seringues entre usagers ont eu tendance à disparaître à partir de 1985, et dans les suites notamment de la libéralisation de la vente des seringues en 1987. Mais cette évolution favorable a été fausement rassurante. Elle s'est, en effet, accompagnée d'un maintien, voire d'un renforcement, des pratiques de réutilisation du matériel d'injection, cela expliquant très vraisemblablement et pour une part le développement rapide d'une nouvelle épidémie, celle de l'hépatite C, identifiée en tant que telle à partir de 1989.

- L'économie

Le marché des drogues a beaucoup évolué en une vingtaine d'années. L'analyse de ce marché et de son évolution reste à faire. Nous sommes incapables en effet de concevoir une unité de mesure satisfaisante des produits disponibles dans la rue. Le « gramme », le gramme « pesé », le « demi », le « paquet », la « bonbonne », la « barrette » ne sont que des appellations non contrôlées, qui ont changé de contenu au cours du temps, sans que l'on puisse mesurer exactement

les changements qui se sont opérés. Il est donc vain de vouloir établir une comparaison directe des prix des différents produits en fonction des époques, ces derniers étant par ailleurs tributaires de leur qualité annoncée, ainsi que des lieux d'approvisionnement.

Le conditionnement des produits s'est largement modifié également. Dans le courant des années 1970, la forme habituelle de présentation pour toutes les poudres était celle de la « cocotte » en papier consistant en un carré de papier ou d'aluminium soigneusement plié et fermé. Un tel paquet pouvait contenir un à plusieurs grammes de produit, l'unité étant celle du « gramme », qui correspondait en réalité à une quantité inférieure. Les usagers d'héroïne pouvaient donc acheter un « gramme » ou un « demi », voire un « quart », le prix moyen du gramme étant d'environ 400 francs en 1975. La cocaïne, toujours vendue au moins au gramme, se négociait à un prix voisin, légèrement inférieur. Le cannabis, sous forme de haschisch, valait environ 10 à 15 francs le gramme au détail et se vendait dans la rue sous forme de barrettes qui devaient peser au moins quatre ou cinq grammes, 100 francs pièce. La tendance, dans les années 1980, a été celle d'une diminution des quantités disponibles dans une unité de vente. Pour l'héroïne principalement, les paquets ont peu à peu été remplacés par des « bonbonnes » qui pouvaient contenir des quantités variables de produits mais qui, dans la rue, pouvaient correspondre à une seule injection. De petites doses unitaires, vendues de 50 à 100 francs, sont devenues disponibles. La taille des barrettes de haschisch a diminué tandis que leur prix est resté inchangé, chacune pouvant peser deux à trois grammes, voire parfois beaucoup moins. L'herbe, devenue plus rare dans le courant des années 1980, a peu à peu augmenté de prix, tout comme les produits réputés de bonne qualité. C'est ainsi, par exemple, qu'aux environs du début des années 1990, le gramme de haschisch d'origine afghane ou indienne pouvait se négocier, selon les quantités, entre 70 et 100 francs le gramme, voire davantage. L'héroïne « blanche », de qualité supérieure, se vendait facilement 1 000 à 1 200 francs le gramme « pesé ». La cocaïne valait en moyenne 800 francs le gramme, mais pouvait se négocier à des prix plus élevés en fonction de sa qualité et du réseau.

Par rapport au trafic, les années 1976-1978 correspondent à un moment charnière important. Beaucoup de dealers de cannabis, gênés dans leurs activités par les services de police et de douane, se reconvertissent dans le commerce de l'héroïne, tout en devenant souvent usagers eux-mêmes. Dans un second temps, ces mêmes dealers commencent à distribuer de la cocaïne en intégrant ce dernier produit à leurs pratiques. Dans le passé, les petits distributeurs, qui étaient au contact avec de très nombreux consommateurs, étaient presque toujours spécialisés dans un type de produit. Aujourd'hui, les nouveaux distributeurs se doivent d'offrir des services diversifiés et plusieurs produits. Eux-mêmes ont dû s'adapter aux nouvelles formes de circulation de l'argent et doivent avoir une certaine compétence dans des domaines aussi différents que l'Internet, le marché de l'or, celui des pierres précieuses et éventuellement celui des armes. Leurs clientèles trouvent donc auprès d'eux certaines facilités pour s'ouvrir à toute nouvelle expérimentation. La barrière qui existait entre le marché du cannabis et celui des autres drogues a disparu. Le fumeur de joints connaît des consommateurs d'héroïne ou de cocaïne parce qu'il se fournit chez la même personne. Cette évolution n'est d'ailleurs pas réservée à la France. En Hollande, la plupart des dealers sont « multicartes » et proposent aussi bien de la skunk, de l'ecstasy, de la cocaïne ou de l'héroïne.

Les nouveaux conditionnements vont de pair avec de nouvelles formes de distribution et de vente. Le marché de la rue s'est adapté dans le sens d'une efficacité plus grande des dealers. Les opérations d'achat et de vente sont minutées, rapides, et de ce fait moins dangereuses pour les acheteurs. Les pratiques de livraison à domicile se sont développées, sécurisantes pour l'acheteur, avec les avantages du radiotéléphone. Les réseaux d'appartements et les squats, enfin, jouent un rôle considérable dans la distribution.

D'une façon globale, si nous tentons de prendre en compte simultanément l'évolution des conditionnements, des coûts unitaires et de l'inflation, nous pouvons avancer que le prix de tous les produits illicites a très sensiblement baissé depuis les années 1970 jusqu'à nos jours. Cela à l'exception peut-être du cannabis, dont le cours est celui qui s'est le moins altéré au cours de cette période. Cette tendance à la baisse est plus nette encore pour certains produits d'apparition récente. Le crack, disponible sous forme de « galettes », se vendait 400 francs en 1993 et se négocie aujourd'hui aux environs de 150 francs. L'ecstasy valait 300 francs la dose en 1985 et se vend aujourd'hui aux environs de 100 francs. Cette évolution se retrouve de la même façon pour les produits médicamenteux vendus au marché noir.

- Les publics et les demandes de soins

La première description épidémiologique des toxicomanes demandeurs de soins est celle de Françoise Davidson, dans son enquête réalisée en 1971-1972 et publiée en 1977. Elle se prolonge, à partir de 1986, par les travaux de Françoise Facy auprès des centres spécialisés. Les enquêtes du SESI sont commencées, et disponibles, à partir de 1974. Elles sont utilisables à partir de 1987 pour caractériser les demandeurs de soins en milieu hospitalier et les centres spécialisés.

En faisant référence à l'enquête de l'INSERM (1977), on peut dire que les demandeurs de soins (N=1 030) dans les hôpitaux et les centres de soins spécialisés étaient très jeunes (ils ont moins de 24 ans dans 80 % des cas), en large majorité des garçons (65 %), de nationalité française (91 %), célibataires, sans enfants, vivant souvent chez leurs parents, lesquels étaient pour une part importante issus des milieux des classes moyennes et supérieures (cadres moyens et supérieurs, commerçants, professions libérales, etc.). Le cannabis et les hallucinogènes étaient les produits les plus souvent consommés, devant l'héroïne. La polytoxicomanie, définie comme l'utilisation simultanée de plus de trois produits était largement représentée (77 %). Dans le sous-groupe des usagers dépendants (32 % de l'échantillon), l'héroïne était le produit le plus utilisé (77 %), suivi de près par l'opium (47 %) et les autres morphiniques (33 %). Dans ce même groupe, les barbituriques (43 %) et les amphétamines (38 %) étaient plus que largement représentés. Ces caractéristiques des usagers à cette époque sont corroborées par d'autres données et notamment celles des rapports du centre médical Marmottan des mêmes années. C'est seulement à partir de 1974-1975 que les consommateurs d'héroïne commencent à devenir majoritaires parmi les demandeurs de soins dans les centres pour toxicomanes.

Par contraste, quoique non directement comparable, l'échantillon que nous avons constitué en 1995-1996 (N=1 703) peut être décrit de la façon suivante d'un point de vue social : il s'agit d'hommes (72 %), âgés de 29 ans en moyenne (de 16 à 53 ans), de nationalité française (89 %), souvent en situation d'errance (39 %), ayant souvent des enfants (28 %), bénéficiant du RMI (31 %), sans travail ou inscrits au chômage (41 %), ayant été incarcérés au moins une fois (53 %), n'étant pas suivis médicalement quand ils sont contaminés par le VIH ou le VHC (47 %) et ayant recours au travail sexuel au moins de façon occasionnelle (2 % chez les hommes et 39 % chez les femmes). Nous avons vérifié que ces caractéristiques étaient identiques chez les demandeurs de soins et chez les usagers rencontrés dans la rue.

Les enquêtes du SESI, menées dans les établissements sanitaires et sociaux spécialisés et non spécialisés, chaque mois de novembre de 1987 à 1995, confirment ces données et cette évolution. On notera que l'âge moyen des toxicomanes est passé de 25 à 29 ans de façon très progressive pendant cette période, que le nombre total d'usagers accueillis chaque année est passé de 25 000 à 65 000 et que la proportion de « polytoxicomanes » reste importante (55 à 61 %).

Au sujet de la pyramide des âges des toxicomanes, il faut préciser que cette dernière s'est considérablement élargie chez les « premiers demandeurs de soins ». Beaucoup de toxicomanes, à partir des années 1980 surtout, ont manifestement initié leur consommation soit plus tôt, soit surtout beaucoup plus tard, au cours de leur vie d'adulte.

D'un point de vue strictement quantitatif, il faut retenir que le phénomène a changé de dimension en deux décennies. L'examen de toutes les données en témoigne, à commencer par les chiffres d'interpellation et les quantités de drogues saisies aux frontières. Le nombre d'interpellations passe de quelques centaines à plusieurs dizaines de milliers. Les quantités saisies, qui se mesuraient en kilos, se mesurent maintenant en centaines de kilos pour l'héroïne et en dizaines de tonnes pour le cannabis. Aujourd'hui, on estime à au moins 150 000 le nombre de toxicomanes en France. Mais toutes ces estimations sont à considérer avec circonspection. On doit savoir que les données policières témoignent d'une activité ciblée et qu'elles ne sont pas un recensement.

Les demandes et les trajectoires sociales des usagers se sont elles aussi transformées au cours du temps. Ces transformations sont d'un abord difficile : 1) l'apparition du Sida a rendu nécessaire une adaptation des structures de soins dans le sens d'une plus grande médicalisation à partir de la fin des années 1980. L'impact social de cette maladie a été considérable, à l'origine de nouvelles pratiques préventives et soignantes ; 2) dans le courant des années 1980, les usagers semblent avoir commencé à s'orienter, à l'intérieur des filières de soins, en fonction de leurs milieux sociaux d'origine. Témoignent de cette évolution l'analyse comparée de certaines clientèles de centres, d'une part, et l'important

développement du secteur privé d'hospitalisation des toxicomanes, d'autre part. Les toxicomanes issus des milieux aisés se dirigent davantage vers de telles structures, en France comme à l'étranger, et sont moins présents dans les filières publiques.

- Les situations sociales et sanitaires

Nous disposons de peu d'éléments permettant de caractériser les trajectoires sociales des usagers de drogues et nous ignorons la part exacte, parmi les usagers, de ceux qui sont régulièrement suivis sur le plan médical. Le rôle de la prison ainsi que le devenir à long terme des usagers sont également mal connus. Il convient cependant de retenir, en première approximation, que le passage des usagers de drogues en milieu carcéral s'est nettement accentué en nombre et en fréquence à partir du début des années 1980. Actuellement, environ un usager sur deux est allé au moins une fois en prison.

Le point le plus frappant de l'évolution des situations sociales est celui de la paupérisation de cette population. On peut estimer à 31 % la proportion de ceux qui touchent le Revenu Minimum d'Insertion, ce qui traduit la sévérité des carences qui existent dans ce groupe.

Les pratiques de mendicité et de recours aux aides sociales de base sont devenues fréquentes, le travail sexuel affecte une grande proportion des filles. Beaucoup, trop jeunes ou handicapés, sont exclus de fait des systèmes de soins. La stigmatisation des usagers de drogues, loin de s'être amendée, semble plutôt bénéficier d'un second souffle, cela en dépit du développement des actions de proximité. L'accès aux hôpitaux, pour les plus marginalisés et les plus malades, reste problématique ; la situation des clandestins est sans issue. Une aggravation des états d'abandon est manifeste, quoique méconnue et inexplorée.

La situation sanitaire des usagers s'est également largement détériorée au cours de ces vingt dernières années. De nouvelles pathologies, notamment infectieuses, sont apparues ou se sont développées : le Sida, les hépatites et la tuberculose. Les usagers bénéficient actuellement des trithérapies pour le Sida, de la vaccination contre l'hépatite B et de l'interféron pour l'hépatite C. Ils attendent l'introduction de la ribavirine en bithérapie avec l'interféron. Bien que la mortalité par surdose semble avoir diminué au cours des dernières années 1990, beaucoup de décès sont liés au Sida, au suicide, aux crimes de sang et aux pathologies mentales. Nous savons peu de choses sur les complications sanitaires liées à la consommation de LSD, d'ecstasy et des amphétamines.

Les périodes historiques

- Le début des années 1970

Il se caractérise par l'irruption du LSD, d'une part, et le développement du marché de l'héroïne, d'autre part. Les toxicomanes parisiens se rendent encore à Marseille pour acheter de l'héroïne blanche vendue au poids et principalement consommée par voie intraveineuse. Aux environs de 1974 apparaît une nouvelle variété d'héroïne, d'origine asiatique, le « brown sugar », de couleur brune ou beige, moins bien soluble dans l'eau, l'emploi du citron est introduit. Beaucoup d'usagers, par ailleurs, consomment des médicaments (Nembutal®, Mandrax®) et certains, les « speed freaks », ne prennent que des amphétamines vendues sous forme de poudre ou de médicaments. Le haschisch, enfin, s'installe et se développe peu à peu, provenant de l'Inde, de l'Afghanistan et du Moyen-Orient. Ces quelques années sont cependant dominées par la diffusion importante du LSD, qui culmine aux environs de 1973. Beaucoup d'usagers prennent la route vers l'est à partir de Paris et d'Amsterdam, en direction d'Istanbul et de l'Orient. Les premières institutions spécialisées (Paris, Marseille, Bordeaux, Lyon, etc.) connaissent un afflux important.

- De 1975 à 1985

Cette période se caractérise par un développement sans précédent de la consommation d'héroïne, qui éclipse celui des autres produits. Toutes les données statistiques disponibles, sans exception, traduisent une expansion considérable du nombre d'usagers. Entre 1977 et 1982, le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne passe de 743 à 6 873 ; dans la même période, le nombre « d'affaires traitées », tous produits confondus, passe de 1703 à 11 213. De nouvelles variétés

d'héroïne apparaissent, notamment la « rose », d'origine asiatique, et une héroïne grise provenant vraisemblablement du Moyen-Orient et du croissant d'or, tandis qu'une héroïne blanche et très pure est de nouveau présente, si elle a jamais disparu. Claude Olievenstein ne s'y trompe pas, qui écrit dans son rapport officiel de 1980 :

« Je dirai, au risque de choquer, que si les forces de gendarmerie, de police et autres qui ont été mobilisées pour débusquer les fumeurs de haschisch avaient été mobilisées, ne fût-ce qu'un jour par mois, à nos frontières pour contrôler l'entrée de drogue dure, nous aurions peut-être à moins faire face à ce véritable déferlement d'héroïne et de cocaïne qui caractérise la situation actuelle. »

Annonçant le Sida, une épidémie de candidoses profondes se produit chez les usagers. Le LSD, toujours présent, a cependant presque disparu, de même que le haschisch libanais qui est rapidement remplacé par de la résine provenant du Maroc et de l'herbe provenant des pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. Les produits médicamenteux, surtout les stimulants (Thymergix®, Adiparhol®, Dinintel®, etc.) connaissent des vagues redoutables. La cocaïne reste limitée à un cercle restreint d'usagers, généralement bien insérés socialement, mais sa timide apparition sur le marché de rue est repérée dès 1982 à Paris. Un phénomène aura des conséquences importantes dans les années suivantes : le regroupement d'usagers dans les squats (Belleville, Ilot Chalon) qui sera à la base de nouvelles techniques de vente.

- De 1985 à 2000

Alors que certaines régions connaissent des évolutions comparables à celles de la région parisienne (sud et est de la France), la consommation d'héroïne se développe de façon significative dans des secteurs jusque-là relativement préservés. Il s'agit du nord de la France (région de Lille) et de la banlieue. Les milieux ruraux, quant à eux, ne peuvent plus être vus comme épargnés. Parallèlement à cette évolution, on assiste à un développement progressif et discret de la consommation de cocaïne par sniff. De même, dans le contexte du Sida et d'une meilleure connaissance des différentes modalités de consommation (Pays-Bas, Angleterre), la consommation d'héroïne par « sniff » et par fumée (« fumette ») se développe (région de Lille). À Paris, c'est cependant l'arrivée du crack qui fait événement, introduit par de petits groupes venant des Antilles. Son marché explose aux environs de 1993 et passe des squats de Stalingrad à l'ensemble du nord-est parisien dans le contexte d'interventions policières massives et celui de la prise en main du marché par les milieux africains. La consommation du crack reste discrète en banlieue parisienne et plus ou moins encore anecdotique en province. Mais son développement à Paris évoque ce qui a pu se passer à New York à partir de juin 1986. Soulignons que dans la capitale, le nombre d'interpellations pour le crack talonne celui réalisé pour l'héroïne et que, en 1998, on interpelle davantage d'usagers pour le crack et la cocaïne que pour l'héroïne. À cela il faut ajouter l'apparition de la consommation d'ecstasy, confidentielle dans les années 1980. Dans son sillage, il faut souligner la présence instantanée d'autres amphétamines vendues sous forme de poudre et de divers autres produits de synthèse souvent identifiés de façon imprécise et sous différentes appellations (speed, kétamine, DOB, etc.). Le cannabis, enfin, reste le produit le plus largement demandé et diffusé. La source africaine d'herbe, toujours très active, semble avoir été freinée, relayée par celle des Pays-Bas, tandis que les phénomènes de culture et d'autoproduction connaissent un succès croissant et sans précédent.

- Les tendances actuelles

Un événement considérable s'est produit avec l'avènement, à partir de 1993, des traitements de substitution. L'introduction de cette nouvelle thérapeutique, avec la méthadone, la buprénorphine et les morphinés, a eu pour résultat la croissance rapide du nombre de sujets consommant ces produits. L'intégration de ces produits dans le commerce de rue s'est réalisée en parallèle. De nouvelles combinaisons chez les consommateurs d'héroïne sont donc en train d'apparaître aux dépens de ce dernier produit. Il s'agit principalement, en association avec les opiacés, de l'alcool, des benzodiazépines (Rohypnol®) et du crack. Une proportion non négligeable de délits sont commis sous l'influence de tels mélanges, lors d'épisodes de confusion mentale, avec amnésie totale des faits. Ces nouvelles combinaisons vont de pair avec des changements de style et de mode de vie. Les dégradations sociales, familiales et économiques – liées à la consommation du crack notamment – se sont fortement accentuées, amenant nombre de sujets à adopter le style de vie de clochards qui dépendent des services sociaux pour leur survie. Au titre des conséquences des nouvelles consommations de stimulants (crack, ecstasy, amphétamines...) il faut s'attendre à l'arrivée dans le champ de la

toxicomanie d'une nouvelle génération d'usagers, jeunes, qui auront été initiés via ces derniers produits et qui trouveront des réponses à leurs manques dans l'alcool, les opiacés et les benzodiazépines.

Mais ces tendances sont vues à travers le développement des consommations dans les populations déjà repérées par les institutions médico-légales. Nous en savons beaucoup moins sur l'évolution des mêmes consommations dans les publics plus discrets, bien insérés socialement et, par conséquent, non repérés. Il s'agit d'un axe de recherche qui pourrait devenir prioritaire, fournissant un éclairage sur les modes de gestion de ces consommations dans des environnements économiques et sociaux plus favorables. Une idée de ces consommations nous est cependant donnée dans certaines études ethnographiques, notamment celles sur le cannabis et la cocaïne.

Conclusion

L'image sociale du toxicomane est en cours de mutation depuis ces trente dernières années. Tandis que le toxicomane des années 1970 était porteur d'une figure assez flamboyante d'explorateur et d'aventurier, celui des années 1980 s'est banalisé. Il était inactif et disqualifié, mais ne s'était pas encore constitué en déchet social, tel qu'il tend à apparaître actuellement, dans les années 1990, avec les phénomènes de « scènes ouvertes », de « chasse aux dealers » et de rejet par les voisinages des structures de soins. Cette transformation est lourde d'implications pour ce qui concerne le développement des actions de prévention et de communication en direction des usagers. Nous savons, en particulier, que la progression très rapide de l'épidémie d'hépatite C est liée, pour une bonne part, à la méconnaissance qu'ont les usagers de certaines pratiques et de certains gestes à risque, tels les « préparations communes » et la réutilisation des seringues. Cela est d'autant plus frappant que les nouvelles contaminations par le virus du Sida ont tendance à diminuer dans le même temps. Une meilleure connaissance des modes de vie des usagers, ainsi que des représentations qu'ils ont des soins et des interventions sociales, devrait pouvoir guider l'aménagement des interventions préventives et soignantes.

Pour en savoir plus :

- *Revue Française des Affaires Sociales, numéro supplémentaire, La drogue, avril 1981.*
- ROUCHY (J.-C.) : *La double rencontre: toxicomanie et Sida*, éditions Erès, 1996.
- FREJAVILLE (J.-P.), DAVIDSON (F.), CHOQUET (M.) : *Les jeunes et la drogue*, PUF, 1977.
- INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), *Le cannabis en France*, ed Anthropos, 1998.
- IREP, *Méthode et Histoire, rapport au Conseil Supérieur de la Recherche, ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, décembre 1994.*
- INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), JACOB (C.), *Les modes de prévention du Sida : intérêt et limites de l'utilisation de l'eau de Javel*, Bulletin de l'académie nationale de médecine, 78, 2, 1994.
- LAGRANGE (H.), MOGOUTOV (A.), *Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie, Déviance et Société*, 21, 3, 1997.

Diffusion des drogues de synthèse en France

**Abdalla Toufik*

Depuis quelques années, le débat public se focalise sur la dangerosité de l'ecstasy et sur la répression des fêtes techno qui sont censées être les lieux privilégiés de sa consommation. Cette focalisation risque d'occulter d'autres problématiques tout aussi importantes en termes de santé publique. Nous aborderons ici deux d'entre elles : la première relative à la diffusion des différentes drogues synthétiques¹⁰¹ arrivées dans le sillage de l'ecstasy ; la seconde concernant les interactions susceptibles de se produire entre ces « nouvelles » drogues et les « anciennes » (héroïne, cocaïne, médicaments, etc.).

Pour ce faire, nous ferons appel aux concepts de cycle de consommation d'une part, et de processus de diffusion d'autre part. Par « cycle de consommation », nous désignons les quatre phases de la « vie sociale » d'une substance : émergence ; diffusion, marginalisation puis disparition. C'est la découverte/identification d'une substance comme « drogue » par un groupe social donné en un lieu géographique et en un moment socioculturel donnés qui date le démarrage d'un cycle de consommation et non pas la découverte des procédures et des techniques de fabrication de ladite substance. Ainsi, le LSD, découvert dès le tout début des années quarante, ne verra-t-il débiter son cycle de consommation qu'au cours de la seconde moitié des années soixante. Quant au processus de diffusion, nous désignons par là un processus de sélection sociale aboutissant à ce que des groupes de consommateurs « choisissent » de faire usage d'une substance et en assurent plus ou moins consciemment la promotion, provoquant ainsi l'extension géographique et en nombre de cet usage hors du cadre du premier cercle d'« initiés ». Ce processus de diffusion fait ainsi partie du « cycle de consommation » d'une substance sans pour autant s'identifier à celui-ci.

C'est ainsi qu'à trois décennies d'intervalle, au cours des années soixante puis quatre-vingt-dix, deux cycles distincts de consommation de drogues synthétiques ont vu le jour en France, les produits emblématiques du premier d'entre eux étant le LSD et, dans une moindre mesure, les amphétamines et celui du second étant l'ecstasy. C'est essentiellement la phase de diffusion actuelle de ce second cycle qui nous intéresse ici. Schématiquement, on peut diviser cette phase de diffusion en quatre vagues qui se sont succédées sur une période de huit ans de 1990 à 1998.

La première de ces quatre vagues correspond à la phase de diffusion rapide de l'ecstasy à partir de 1990. Pour expliquer la vitesse de ce processus de diffusion, nous pouvons avancer deux hypothèses, l'une et l'autre relatives aux liens du produit au mouvement techno durant sa phase de lancement et à l'imagerie positive attachée de ce fait à cette substance.

L'émergence de l'ecstasy comme drogue est intimement liée à celle de la techno comme musique. Il s'est établi entre les deux phénomènes une synchronisation temporelle et une complémentarité de fait. Le mouvement techno a servi d'assise culturelle et de vecteur de diffusion à l'ecstasy, jouant en quelque sorte un rôle similaire à celui du mouvement hippie vis-à-vis du cannabis dans les années soixante. De la même façon, l'ecstasy s'est intégré à la culture techno en faisant dès le début partie de ses composantes. Le précédent historique, constitué par le processus de diffusion du cannabis via le mouvement « hippie », nous montre bien comment, à un moment donné de sa « carrière » en tant que drogue, une substance se trouve amenée à déborder le cercle de son assise culturelle pour s'introduire chez d'autres catégories de consommateurs qui ne s'identifient pas forcément à la sous-culture qui a favorisé son émergence. Les données disponibles laissent penser que l'ecstasy en est actuellement à cette phase de « débordement » de son processus de diffusion, phase

ultérieure où les liens étroits avec le mouvement techno, pour essentiels qu'ils aient été au stade du lancement du produit, ont tendance à l'être de moins en moins et à se relâcher. La diversification/multiplication des occurrences de consommation hors cadre festif techno (boîtes de nuit, soirées privées et même, de plus en plus, consommation solitaire) en est l'indice.

Contrairement à l'héroïne et à la cocaïne, disponibles sous forme de poudre et dont la préparation et l'administration (intraveineuse, intranasale ou par inhalation) exigent une technicité et un apprentissage, l'ecstasy, de par sa forme galénique (comprimés ou gélules) et son mode de consommation par voie orale, a une apparence plus proche de celle d'un médicament. Une spécificité qui, d'une part, facilite l'usage et, d'autre part, dote la substance d'une image sociale « rassurante » auprès des consommateurs potentiels (INSERM 1998). Cette image de l'ecstasy semble, du même coup, avoir banalisé l'image des autres drogues expérimentées et utilisées dans le même cadre festif que l'ecstasy (IREP 1997).

La deuxième vague correspond à la diffusion du LSD et des amphétamines à partir de 1993. Après avoir achevé un premier cycle de consommation au cours des années 60 et 70, ces deux substances en ont entamé un second. Une étude récente montre ainsi que 52 % des consommateurs actuels d'amphétamines et 36 % des consommateurs de LSD ont commencé ces consommations entre 1993 et 1997 (IREP 1998). Entre novembre 1993 et novembre 1996, le nombre des personnes prises en charge par le dispositif de soins, et dont le produit principal est le LSD, est passé de 66 à 118 et de 69 à 185 pour les usagers d'amphétamines (SESI).

Pour ce qui est de la diffusion de ces dernières, elle est en grande partie liée au fait qu'elles entrent dans la composition d'un pourcentage important des produits vendus en France sous le nom d'« ecstasy ». Ainsi, l'analyse de 73 échantillons d'« ecstasy » révèle que 30 % environ d'entre eux contenaient des amphétamines ou dérivés seuls ou en association avec d'autres composants (Galliot-Guillet et al). Lorsque le produit consommé comme « ecstasy » est identifié a posteriori comme étant des amphétamines et que les effets ressentis se révèlent néanmoins « satisfaisants », l'usager aura tendance à en renouveler la consommation.

La diffusion du LSD, quant à elle, tient à ce que celui-ci et l'ecstasy forment un couple de plus en plus inséparable. C'est ainsi que les deux produits sont fréquemment consommés de manière simultanée ou séquentielle, pour potentialiser, substituer ou renforcer mutuellement leurs effets.

En outre, il se trouve qu'indépendamment de ces facteurs, la demande d'amphétamines (pour leur effet stimulant) et de LSD (pour son effet hallucinogène) est en soi en constante augmentation. Entre 1992 et 1997, les interpellations pour usage et usage/revente d'amphétamines ont triplé, passant de 50 à 151 et celles concernant le LSD plus que doublé, passant de 81 à 198 (OCRTIS).

La troisième vague de produits liés à la sous-culture techno concerne la diffusion du Gamma OH et de la kétamine¹⁰² à partir de 1996. Apparus depuis quelques années dans le milieu techno, ces deux produits semblent avoir, vers 1996, « débordé » le cadre du premier cercle d'« initiés ». Et depuis, prix modiques et disponibilité aidant, ils ne cessent de se répandre.

La quatrième et dernière vague, et la plus récente, correspond à la diffusion de nouvelles substances, comme l'ice¹⁰³, le PCP¹⁰⁴ etc. dont la présence n'est encore que sporadiquement signalée et les effets mal identifiés, tout au moins en France. À l'heure actuelle, leur consommation semble cantonnée à un cercle restreint d'« initiés » et leur diffusion n'en est donc qu'à ses balbutiements.

* Chargé d'études à l'OFDT

¹⁰¹ Le vocable drogue de synthèse désigne, en principe, tout substance produite en laboratoire sans avoir un support d'origine naturelle, qu'il soit stimulant, hypnotique, hallucinogène ou autre. Abus de langage, certainement, depuis quelques années, ce vocable tend de plus en plus à être réservé à deux classes seulement de drogues : les stimulants et les hallucinogènes nouveaux ou anciens qui sont consommés, en lien plus ou moins étroit avec le mouvement techno, et majoritairement vendus sous l'appellation générique d'ecstasy.

¹⁰² Ce sont deux médicaments utilisés en anesthésie, à petite dose, ils produisent des effets hallucinogènes.

¹⁰³ Dextro-méthamphétamine, appelé aussi crystal, est une forme fumable de méthamphétamine.

¹⁰⁴ La phencyclidine est un anesthésique général utilisé en médecine vétérinaire possédant des propriétés hallucinogènes.

Quel pourrait être l'impact, en termes de santé publique, de ces quatre vagues de diffusion de drogues de synthèse sur la configuration générale de la consommation des drogues psychoactives ? Pour y répondre, il faut tout d'abord souligner que le manque de données issues de recherches ou d'enquêtes sur des échantillons larges et représentatifs, couplé au manque de recul dans le temps, ne permet pas de parvenir à des conclusions suffisamment fiables. Les données partielles disponibles pourraient cependant laisser présager une évolution vers les quatre tendances suivantes :

1) La jonction, entre anciens (héroïne, cocaïne, et médicaments comme les benzodiazépines) et nouveaux produits (les drogues de synthèse). C'est ainsi que la cocaïne est utilisée, vraisemblablement par une minorité, pour renforcer les effets stimulants de l'ecstasy, en compenser l'absence ou l'insuffisance ou y conjuguer ses propriétés intrinsèques. L'héroïne et les médicaments, en revanche, seraient plutôt utilisés (de manière tout aussi minoritaire) comme outils de gestion de la « descente » afin d'en atténuer les effets négatifs ou stressants. Sur 41 personnes interrogées à ce sujet par les enquêteurs de l'IREP, 18 ont été en contact avec l'héroïne (sur ces 18 personnes, 4 sont actuellement « toxicomanes » ; 3 l'ont été dans le passé ; 3 ont consommé ce produit en « sniff » durant moins de 8 mois, et ont arrêté depuis ; 6 l'ont expérimenté de 1 à 7 fois ; 2 continuent à en consommer occasionnellement) (IREP 1997). Par ailleurs sur 163 consommateurs d'ecstasy interrogés dans le cadre d'une autre enquête de la même institution, il s'avère que 32 % ont déjà fait usage d'héroïne et 72 % de cocaïne au moins une fois dans leur vie (IREP 1998). Dans l'enquête du CEID sur une échantillon de 134 personnes 55 d'entre elles (41 %) consomment de la cocaïne et 25 (18,6 %) consomment de l'héroïne comme produits associés. Dans le même échantillon, lors de la prise d'ecstasy, 18,6 % utilisent de la cocaïne et 8,2 % de l'héroïne.

2) La diffusion du mode d'administration par voie intraveineuse pourrait se trouver favorisée par l'introduction d'anciennes substances comme l'héroïne, principalement consommée de cette façon en France, ainsi que par la disponibilité accrue de certaines drogues de synthèse en préparation injectable d'origine médicale (ampoules) ou sous forme de poudre aisément soluble, et enfin par la présence au sein du milieu des consommateurs d'ecstasy d'un sous-groupe de personnes utilisant, plus au moins, cette voie d'administration. Ainsi, dans l'enquête du CEID susmentionnée, on découvre que sur 134 personnes, 13 % environ ont déjà utilisé la voie intraveineuse. Ce pourcentage, relativement élevé, est probablement dû au mode de recrutement des personnes enquêtées (méthode de « boule de neige », utilisée à partir de personnes traitées en centre de soins spécialisé), qui a conduit à une surreprésentation d'individus membres de réseaux de sociabilité limités. Mais, si faible soit-il, ce chiffre ne doit pas être négligé car le groupe des injecteurs (et ex-injecteurs) en intraveineuses peuvent jouer un rôle d'initiateur parmi les autres usagers.

3) Le peu d'éléments actuellement disponibles doit inciter à la prudence, mais on peut s'attendre à terme à une relance de la consommation d'héroïne – actuellement en nette régression chez les héroïnomanes « classiques » – dans la mesure où le phénomène observé ici ouvre l'accès à un nouveau réservoir de consommateurs potentiels, autrement plus étendu.

4) On assiste également à une convergence et à une fusion entre les réseaux de deal et de trafic des « anciennes » et des « nouvelles » drogues. Les résultats préliminaires des enquêtes en cours (Colombié et Lalam) révèlent en effet que des réseaux de trafic, attirés par les marges bénéficiaires offertes par ces substances, ont intégré l'ecstasy et les autres drogues de synthèse à leurs circuits traditionnels de vente d'héroïne, de cocaïne et de cannabis. Cette diversification expliquerait, au moins en partie, la vente de l'ecstasy par des jeunes issus des « quartiers » et sa disponibilité, à l'instar des drogues classiques, au niveau du deal de rue dans certains endroits. Au-delà de ses implications pour l'économie souterraine, cette convergence au niveau du deal risque de se traduire par un processus similaire au niveau de la consommation de ces deux types de produits, jusqu'alors séparés.

La prise en compte de ces données et tendances implique une adaptation des stratégies de prévention en vigueur, la recherche de nouveaux modes d'intervention, ainsi qu'un message préventif plus élaboré correspondant à cette situation nouvelle et infiniment plus complexe que celle qui prévalait au début de cette décennie, lors de la première diffusion de l'ecstasy.

Composition des échantillons vendus comme de l'ecstasy.

Les comprimés et gélules vendus sous l'appellation ecstasy se distinguent par une très grande hétérogénéité de composition et un pourcentage indéterminé du principe actif. L'équipe du CEID de Bordeaux a procédé à l'analyse de huit échantillons vendus comme étant de l'ecstasy. Sur les huit échantillons 2 seulement contenaient du MDMA pur mais à dosage allant du simple au triple ; 3 échantillons ne contenaient pas du MDMA mais une molécule voisine (MBDB) ; 1 échantillon contenait un mélange de MDMA et de méthamphétamine ; et enfin les deux derniers ne contenaient que de la caféine et du Lexomil®.

Le laboratoire de toxicologie de Fernand-Vidal a procédé à l'analyse de 73 échantillons collectés par l'équipe de prévention de Médecins du monde. Le résultat de l'analyse est le suivant : seize contiennent du MDMA, soit 21,9 %. La teneur est très variable : quelques pour cents à 64 % de la masse du comprimé ou de la poudre ; 5 échantillons contiennent également des précurseurs de synthèse (dérivés pipéronylés) ; 3 échantillons de MDMA sont coupés avec des molécules renforçant son pouvoir psychostimulant : l'amphétamine et la caféine ou son action sur les sensations visuelles : la chloroquine ; 12 échantillons contiennent de l'amphétamine seule ou en association, 2 sont en association importante avec de la kétamine. Des médicaments sont vendus comme étant de l'ecstasy. Parmi les échantillons analysés par le laboratoire susmentionné on trouve de la Nivaquine®, du Fonzylane®, du Triaminic®, du Rinurel®, du Cortancyl®, du Vicks rub, des mélanges vitaminiques.

Pour en savoir plus :

- CEID (Comité d'étude et d'information sur la drogue), *Recherche sur les usagers d'Ecstasy en Gironde*, OFDT, 1998.
- INSERM, *Ecstasy, données biologiques et cliniques aux contextes d'usage, expertise collective*, ed. INSERM, 1998.
- COLOMIÉ (T.), LALAM (N.), *Étude des filières produits psychotropes à partir des soirées de musique techno, rapport OFDT à paraître.*
- GALLIOT-GUILLEY (M.), SUEUR (C.), LEBEAU (B.), FOMPEYDIE (D.), BENEZECH (A.), BAZARD (J-P), *L'Ecstasy et ses « sosies », sous presse.*
- IREP, *L'Ecstasy : recherche pilote*, OFDT 1997.
- IREP, *L'Ecstasy*, OFDT 1999 à paraître.
- OCRTIS, *Usage et trafic de stupéfiants, statistiques des années 1993 et 1997.*
- SESI (Service des statistiques des études des systèmes d'information), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993 et 1996.*

L'usage de drogues en milieu carcéral

**Michel Rotily et **Claire Delorme*

Le ministère de la Justice estimait, au début des années 1990, à 15 % la proportion de toxicomanes dans la population pénale. Cette proportion varie en fait largement selon les régions, les établissements et surtout la définition donnée à la toxicomanie. L'usage de drogues en prison, question particulièrement controversée, est longtemps resté un sujet tabou, au même titre que la sexualité. L'enjeu, en termes d'infection au virus du Sida et des hépatites en milieu carcéral, est pourtant de la plus grande importance. Depuis 1994, au travers des recherches que nous avons conduites au sein du réseau européen de prévention du VIH et des hépatites virales en prison, nous nous sommes efforcés d'améliorer les connaissances épidémiologiques sur l'usage de drogues en milieu carcéral. Nous aborderons successivement les aspects suivants : la proportion des personnes détenues déclarant avoir fait usage de drogues avant leur incarcération ; la poursuite et l'initiation de l'usage de drogues en milieu carcéral ; les autres pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC¹⁰⁵ en milieu carcéral.

Estimation de la proportion d'usagers de drogues et d'usagers de drogues par voie intraveineuse dans la population carcérale

Dans l'enquête menée en 1992 sur 432 détenus à Marseille, 20 % des détenus interrogés ont déclaré un usage de drogues par voie intraveineuse (héroïne essentiellement) au cours de leur vie, avec partage du matériel d'injection pour 51 % d'entre eux¹².

En 1996, dans une deuxième étude portant sur 574 détenus du même établissement que dans l'enquête précédente, 23 % de personnes interrogées ont déclaré avoir déjà pratiqué l'injection de drogues par voie intraveineuse. Il faut cependant distinguer ceux déclarant s'être injecté de la drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération (13 % de l'ensemble des détenus interrogés, soit 56 % des injecteurs) de ceux qui déclaraient ne s'être plus injecté de drogues au cours de cette même période. Parmi les injecteurs actifs, 37 % déclarent avoir partagé au moins une fois leur matériel d'injection au cours des trois derniers mois.

Déclaration d'usage de drogues par voie intraveineuse parmi les détenus

Usage de drogues par voie intraveineuse	Enquête de 1992	Enquête de 1996	Enquête de 1998
Au cours de la vie :	20 %	23 %	12 %
Dans les douze derniers mois :	ND*	13 %	9 %
Partage du matériel parmi les injecteurs actifs au cours des douze derniers mois	51 %**	37 %	34 %

* : ND = non disponible.

Source : Enquêtes réalisées par l'ORS PACA en milieu pénitentiaire de 1992 à 1998^{12,3,5}

** : parmi tous les injecteurs (vie entière)

Dans l'enquête européenne de 1997/1998, 43 % des 1 212 détenus interrogés déclaraient avoir consommé (fumé, sniffé ou avalé) des substances illicites pendant les 12 mois précédant l'incarcération (cocaïne, cannabis/haschich, benzodiazépines, etc.). 12 % de l'ensemble des détenus ont déclaré s'être injecté des drogues par voie intraveineuse au cours de la vie, dont 9 % au cours des 12 mois précédant l'incarcération ; parmi ces derniers, 45 % déclaraient s'être

injecté plus de 10 fois durant les quatre semaines avant l'incarcération et 34 % avoir partagé leur matériel lors de leur dernière injection. Les produits majoritairement déclarés par ces usagers de drogues par voie intraveineuse étaient l'héroïne (62 %), la cocaïne (42 %) et les benzodiazépines (37 %)⁴⁵.

Estimation de la proportion d'usagers de drogues poursuivant leurs pratiques ou s'initiant à la toxicomanie en prison.

L'enquête de 1996 a révélé que 13 % des injecteurs actifs au cours des 12 mois précédant l'incarcération (9 cas sur 68) déclaraient s'être injecté des drogues durant les trois premiers mois de l'incarcération (quatre fois sur neuf en partageant le matériel).

Sur l'ensemble des personnes interrogées dans l'enquête européenne réalisée dans quatre sites français, 32 % ont déclaré avoir déjà consommé en prison des produits illicites par voie non injectable. De plus, 35 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont affirmé s'être déjà injecté de la drogue en prison et 6 % avoir commencé à s'injecter en prison. Parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse encore actifs juste avant l'incarcération, 26 % déclaraient s'être injecté des drogues au cours du dernier mois de leur incarcération (dont 43 % plus de 20 fois), la moitié n'ayant pas utilisé d'eau de Javel pour désinfecter leur matériel.

Estimation des autres pratiques à risque de transmission du VIH ou des hépatites virales en prison (sexualité, tatouage), prévalence de ces infections et recours à la prévention.

L'étude de 1996 avait révélé que 3 % des détenus usagers de drogues par voie intraveineuse actifs déclaraient des rapports sexuels durant les trois premiers mois de l'incarcération (rapports essentiellement hétérosexuels au parloir et sans préservatif). Par ailleurs, 16 % de ces détenus déclaraient s'être tatoués durant cette période. Le tableau suivant donne les résultats de l'enquête européenne sur la déclaration de ces pratiques en prison et sur le recours à la prévention des détenus. On constate que les usagers de drogues déclarent plus fréquemment des pratiques à risque en prison (hormis les rapports homosexuels) ; ils sont par ailleurs plus nombreux à avoir déjà eu recours à des tests de dépistage VIH ou VHC mais la couverture vaccinale contre l'hépatite B est assez proche chez les usagers et les non-usagers, et se révèle tout à fait insuffisante. D'autre part, les prévalences au VIH et au VHC, obtenues d'après un test salivaire volontaire sont plus élevées qu'en population générale et particulièrement alarmantes parmi les usagers de drogues⁴⁵.

Pratiques à risque et prévention des détenus selon l'usage de drogues

	Non UD (57 %)	UD non injectables (43 %)	UDVI (12 %)	UDVI actifs (9 %)
Rapports hétérosex. sans préservatif	4,7 %	11,6 %	15,3 %	13,6 %
Rapports homosex. sans préservatifs	1,3 %	0,8 %	1,3 %	1 %
Tatouage	10 %	31 %	39 %	43 %
Dépistage VIH	59 %	78 %	76 %	76 %
Dépistage VHC	20 %	37 %	58 %	59 %
Vaccination VHB	24 %	34 %	27 %	24 %
Prévalence du VIH	1,5 %	3,1 %	11,4 %	13,3 %
Prévalence du VHC	3,5 %	14,3 %	52,5 %	55,3 %

Source : Réseau européen de prévention du VIH et des hépatites en prison, Rapport 1998⁴

* Médecin épidémiologue à l'ORS PACA, INSERM U-379

** Statisticienne, INSERM U-379

¹⁰⁵ Virus de l'hépatite virale C.

Conclusion

Ces études montrent l'importance des pratiques à risque déclarées par les détenus, tant avant que pendant l'incarcération, ainsi que la prévalence élevée des infections au VIH et aux hépatites virales. La prévention reste à améliorer, notamment parmi les usagers de drogues. Certaines mesures de prévention sont prévues mais ne semblent pas généralisées : une circulaire du ministère de la Justice de 1996¹⁰⁶, prévoit le libre accès des détenus aux préservatifs dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ou dans les services médicaux des prisons. Cette circulaire prévoit également la distribution d'eau de Javel aux détenus par l'administration pénitentiaire ; cette distribution est cependant conçue dans une optique générale d'hygiène, et n'est pas orientée spécifiquement vers les usagers de drogues par voie intraveineuse⁵.

La primo-prescription des traitements de substitution (méthadone, Subutex[®]) est également prévue par cette circulaire, mais son application semble inégale dans les établissements français. Les traitements ne sont le plus souvent prescrits que s'ils ont été initiés avant l'incarcération et sont généralement arrêtés au moment de l'entrée en prison.

Il existe actuellement une expérience appelée « programme thérapeutique spécifique », menée dans un établissement du programme 13 000, à Argentan (région Basse-Normandie) : ce programme, proposé aux détenus sur la base du volontariat, a pour but de traiter la dépendance (à l'alcool, à la drogue et/ou aux médicaments) pour parvenir à l'abstinence. Il est d'une durée de trois mois à temps-plein, et se base sur un travail de groupe encadré par des thérapeutes spécialisés. Des expériences similaires sont menées dans d'autres pays. Ce dispositif doit être évalué en France, afin d'apprécier l'intérêt de son extension au sein du système pénitentiaire.

La Suisse, l'Espagne et l'Allemagne ont quant à elles déjà mis en place des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral. Ce dispositif reste à expérimenter en France, dans le cadre de la politique de réduction des risques.

Repères méthodologiques

Le volontariat, le respect de l'anonymat, la volonté d'exhaustivité de la population et d'indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire sont à la base de toutes ces enquêtes, ce qui permet de limiter le phénomène de sous-déclarations.

En 1992, l'ORS PACA, par l'intermédiaire du CIDAG et du service médical de la prison, a proposé à 432 entrants au centre pénitentiaire de Marseille, de remplir un auto-questionnaire et de faire un test de dépistage - enquête renouvelée en 1995.

En 1996, 574 détenus incarcérés depuis trois mois à la prison de Marseille ont accepté de remplir un questionnaire, aux 3^{ème}, 5^{ème} et 7^{ème} mois de leur incarcération. Les questionnaires d'un même détenu étaient reliés par des étiquettes à code barres.

En 1997/1998, 1 212 détenus présents à un jour donné dans quatre prisons françaises ont accepté de remplir un auto-questionnaire et de donner un échantillon de salive par l'intermédiaire d'une salivette (pour doser les anticorps anti-VIH et anti-VHC). Le résultat du test et les réponses du questionnaire étaient reliés par des étiquettes à code barres pour (enquête réalisée selon le même protocole dans 22 prisons de sept pays européens).

La dernière méthodologie mise en œuvre a prouvé son efficacité et sera dorénavant appliquée lors des enquêtes de prévalence du réseau européen de prévention du VIH et des hépatites en prison.

Pour en savoir plus :

- ROTILY (M.), GALINIER-PUJOL (A.), OBADIA (Y.), MOATTI (J.P.), TOUBIANA (P.), VERNAY-VAISSE (C.), GASTAUT (J.A.) HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons. *AIDS* 1994 ; 8(9) : 1341-1344.
- ROTILY (M.), VERNAY-VAISSE (C.), BOURLIERE (M.), GALINIER-PUJOL (A.), ROUSSEAU (S.), OBADIA (Y.), HBV and HIV Screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France, *Int J STD & AIDS*, 1997;8:753-759.
- ROTILY (M.), GALINIER-PUJOL (A.), ESCAFFRE (N.), DELORME (C.), OBADIA (Y.), *Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred*, *Brit Med J* 1998 ;316 (7133) :777.
- Rapport du Réseau Européen sur la Prévention du VIH et des Hépatites en Prison remis à la Commission Européenne, juin 1998.
- Rapport de l'ORS PACA remis à la Direction générale de la santé et au ministère de la Justice, octobre 1998.

¹⁰⁶ Circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

Enquête sur la santé des entrants en prison

Les résultats présentés dans la contribution précédente peuvent être utilement mis en rapport avec les résultats d'une enquête menée récemment par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique du ministère de l'Emploi et de la Solidarité à partir de la fiche type remplie lors de la visite d'entrée des personnes incarcérées. L'enquête sur la santé des entrants en prison a été réalisée au cours d'une période de trois mois (mai, juin et juillet) dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires, la durée d'enquête étant modulée selon la taille de l'établissement. Sur cette période, il a été enregistré 10 171 entrées pour lesquelles ont pu être collectées 8 728 fiches, soit un taux de couverture de 86 %.

Un entrant sur trois a déclaré une consommation régulière et prolongée de drogues au cours des 12 derniers mois précédant l'incarcération. 25 % des entrants ont mentionné une utilisation régulière et prolongée de cannabis, 14 % d'opiacés, 9 % de cocaïne ou de crack, 9 % de médicaments utilisés comme une drogue, 3 % des autres drogues (LSD, ecstasy, colle, solvants, etc.). La consommation de plus d'un produit est mentionnée par 15 % des entrants. L'utilisation de la voie intraveineuse au moins une fois dans la vie apparaît dans 12 % des cas et au cours de l'année dans 6 % des cas. Parmi les entrants, une proportion de 6 % suivaient un traitement de substitution au Subutex® et moins de 1 % à la méthadone.

En ce qui concerne les autres substances psychoactives, il ressort de l'enquête que 33 % des entrants déclaraient avoir une consommation excessive régulière (supérieure ou égale à 5 verres par jour) et/ou discontinuée (supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins une fois par mois). 10 % des entrants buvaient en excès régulièrement et 6 % associaient consommation excessive régulière et discontinuée. Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fumaient et près d'une consommait tous les jours plus de vingt cigarettes. Près d'un entrant sur cinq disait suivre un traitement par médicaments psychotropes, essentiellement des anxiolytiques ou des hypnotiques.

L'enquête montre enfin que 28 % des entrants consommaient au moins deux des produits psychoactifs mentionnés plus haut (en ne retenant pour le tabac que les consommations supérieures à 10 cigarettes par jour). La moitié d'entre eux associaient alcool et drogue, type de polyconsommation la plus fréquente. 43 % des consommateurs de drogues dures avaient une consommation d'alcool excessive et 30 % fumaient plus de 20 cigarettes par jour.

Les femmes incarcérées, qui ne représentaient que 5 % des entrants de l'année 1997, étaient moins souvent consommatrices de cannabis (15,7 %) que les hommes (26 %) mais plus souvent d'héroïne, de morphine ou d'opium (16,7 % contre 14,3 % pour les hommes), et à peu près autant de cocaïne et de crack (8,6 % contre 9 %). Elles ont eu autant recours que les hommes à l'injection durant les douze derniers mois avant l'incarcération, mais ont pratiqué l'injection au moins une fois nettement plus souvent que les hommes (15,8 % contre 11,6 %). Elles étaient plus nombreuses à suivre un traitement de substitution à l'entrée en prison.

Les femmes étaient un peu moins consommatrices de cigarettes que les hommes, beaucoup moins d'alcool et déclaraient nettement plus souvent que les hommes un traitement en cours par psychotropes.

Les mineurs étaient presque aussi nombreux que les hommes adultes à fumer du cannabis (24 %). Près de 5 % d'entre eux ont déclaré consommer des opiacés. On peut également noter, chez les mineurs, la forte proportion de fumeurs de 6 à 20 cigarettes par jour (59 %), la proportion importante de consommateurs discontinus d'alcool (11,7 % déclarant une consommation supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins une fois par mois). Le recours aux médicaments psychotropes est déclaré par 4,5 % des mineurs. Les mineurs représentaient un peu moins de 5 % des entrants en prison de 1997.

Pour en savoir plus :

MOUQUET (M-C.), DUMONT (M.), BONNEVIE (M-C.), *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Études et résultats n° 4, janvier 1999, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Approche ethnographique de la consommation de cannabis en banlieue parisienne

*Sylvain Aquatias

Fumer du cannabis dans une cité de banlieue

En fin d'après-midi, dans une cité, il y a toujours quelques jeunes. Dans les halls d'immeuble ou les cages d'escalier, sous les arbres ou adossés à une voiture, ils discutent à grand renfort de gestes. Le spectacle qu'ils offrent ainsi aux passants ou aux habitants laisse à penser qu'ils s'exposent aux regards, ne cachant rien de leurs activités. Les dealers qui, accompagnés de leurs chiens, vendent leurs barrettes dans les endroits publics ne semblent pas plus se cacher. Le cannabis est-il devenu si banal que l'on puisse se permettre de le vendre et d'en user en public ?

Encore faudrait-il savoir de quel public il s'agit. Si quelques jeunes fument sur le perron d'un immeuble où quelques-uns d'entre eux vivent et qu'un voisin habitant le même bâtiment arrive, on verra parfois les joints disparaître en quelques secondes. Si l'on continue à fumer sans scrupules devant certaines personnes, pour rien au monde l'on n'acceptera d'être vu par d'autres.

Les joints sont roulés le plus discrètement possible, avec rapidité, et de façon à ce qu'ils ressemblent le plus possible à une cigarette. Si l'on doit partager, on donne une boulette de cannabis pour que le quémendeur se roule sa propre cigarette plutôt que de lui tendre la sienne. C'est qu'ici les mauvaises réputations désignent vite à l'opprobre des habitants celui que l'on voit fumer du cannabis. Or, s'il est une chose à laquelle les jeunes et les moins jeunes tiennent, c'est bien à l'image que leurs parents ont d'eux. Les rumeurs se propagent vite et qui sait ce que les parents pourraient apprendre de la bouche d'un voisin ? S'ils craignent l'intervention de la police, ce n'est pas tant du fait des risques encourus que parce que les forces de l'ordre pourraient faire irruption au domicile familial. Aussi se cache-t-on des voisins susceptibles de parler avec sa famille et fume-t-on plus volontiers dans des endroits publics, là où il est improbable que l'on rencontre quelqu'un de connu.

Dans la cité, il est nécessaire de se protéger des rumeurs qui pourraient désigner les jeunes comme des « drogués ». Peut-être les parents ne sont-ils dupes qu'en partie, mais tant qu'ils n'ont pas de preuves, les enfants peuvent toujours nier.

D'ailleurs, comment ces parents auraient-ils envie d'entendre confirmer les discours politico-médiatiques qui les désignent trop souvent comme de mauvais parents, démissionnaires, incapables d'éduquer leurs enfants ? Et comment les enfants pourraient-ils ne pas tenter de cacher aux parents leurs déviances, sachant l'importance que ces derniers accordent à leur éducation ? Il y a là une impossibilité à communiquer qui creuse l'écart entre les générations, sans que l'amour – filial ou parental – se tarisse.

Pourtant, des rumeurs et des réputations parcourent sans cesse les rues des cités, condamnant à tort ou à raison les familles pour leurs carences éducatives. Puisque les familles des cités sont condamnées comme un tout par les médias, les politiciens et les discours courants, chacune essaie de se démarquer des autres. En accusant les autres de ne pas s'occuper de leurs enfants comme il faudrait, les parents essaient surtout de marquer leur différence en affirmant qu'eux, ils sont attentifs et s'occupent bien de leurs enfants. Se construit ainsi une forme de contrôle social, chacun surveillant les enfants de l'autre en même temps que les siens depuis les fenêtres des appartements. Et c'est pourquoi les jeunes, naviguant d'un bâtiment à un autre, fument plus ou moins ouvertement selon qu'ils savent pouvoir être observés.

Mais les jeunes ne pourraient-ils alors, tout simplement, se conformer aux désirs parentaux ? Certains le font, bien sûr. Mais pour beaucoup, concilier l'idéal des parents et la réalité vécue est tout simplement impossible. Les parents ont vécu dans une société où le travail était tout. Et même ceux qui sont devenus chômeurs ressentent tellement la disqualification sociale que leurs enfants connaissent bien la valeur de l'emploi – quand bien même n'auraient-ils jamais vu leurs parents travailler.

* Sociologue

Mais ils connaissent aussi la réalité, celle de l'absence d'emploi, de l'échec scolaire, du racisme ordinaire, des contrôles au faciès. Les jeunes fument leurs premiers joints avec des copains, à l'école ou dans un hall de la cité, mais leurs pratiques restent souvent occasionnelles. S'ils sont déjà en échec scolaire, peut-être les sociabilités juvéniles et l'euphorie des joints pourront-elles accélérer le processus. Mais, tôt ou tard, ils vont quitter l'école. Ils entrent alors dans une longue période où ils ne disposent d'aucun statut social, ni même des revenus qui permettraient d'acquiescer une apparence valorisante. Ils traînent à partir du début de l'après-midi, s'ennuyant, discutant des mêmes sujets éculés ou gardant obstinément le silence. Ils restent souvent dans la cité, désœuvrés et ayant perdu toute perspective d'avenir. C'est à ce moment que commencent les vraies consommations. Ceux qui ne fumaient que de manière ponctuelle entament des consommations quotidiennes. Certains commencent à vendre du cannabis avant de fumer et ne fument alors que parce qu'ils en ont à disposition.

Situations d'excès

La plupart essaient de garder la face, quand bien même ils usent et abusent du cannabis. Ils relaient entre eux le contrôle social que les familles exercent dans la cité les uns sur les autres. Il ne s'agit pas alors seulement de se cacher pour rouler et fumer, mais aussi de ne pas montrer par son comportement que l'on a trop fumé. Que l'un d'entre eux ait les yeux trop rouges ou soit trop exubérant, il se fera tancer par ses camarades.

Ce contrôle n'empêche pourtant pas les situations d'excès, qu'elles soient collectives ou individuelles. Collectives, elles peuvent naître de l'ennui ou d'une situation festive. Dans le premier cas, les jeunes désœuvrés se retrouvent au début de l'après-midi et fument sans discontinuer. L'excès leur est d'autant plus facile qu'il est collectif et que tous sont dans un même état.

Dans le second cas, c'est le soir que des jeunes se rencontrent. Souvent, rien ne laisse présager une soirée d'excès. Soit que certains aient un bon cannabis – de la « bombe » – et que tout le monde se laisse aller, soit que passe un gars que l'on n'a pas vu depuis longtemps, soit que simplement, tous soient de bonne humeur pour une raison ou une autre. La soirée se passe alors à tirer sur les « pétards », dans une joyeuse ambiance.

Dans les deux cas, ces séances d'excès collectifs ont le plus souvent lieu dans des endroits fermés, caves ou locaux récupérés, parfois – mais plus rarement – appartements. C'est aussi parce qu'on échappe aux regards de la cité qu'on peut se laisser aller. Cependant, il arrive que des situations d'ennui soient si fortes que la prudence la plus élémentaire n'est plus respectée.

Enfin, il arrive que les situations d'excès soient individuelles. Il se peut alors qu'elles soient simplement ponctuelles, liées à un événement déterminé. Un gars qui a eu un problème va fumer avec excès pour essayer de ne plus y penser ou simplement pour se détendre. Mais parfois aussi les situations deviennent intenable. C'est le cas quand la réputation d'un jeune se dégrade au point que se cacher n'a même plus d'intérêt. La disqualification est si forte que les pratiques d'excès deviennent courantes et s'ancrent dans le quotidien. Elles peuvent par ailleurs ne plus seulement concerner le cannabis.

Usages du cannabis et situations sociales

Si les situations décrites ici concernent des jeunes désœuvrés et sans perspectives d'avenir, les usages, sinon intensifs, à tout le moins quotidiens, de cannabis concernent aussi des jeunes qui travaillent et qui sont relativement insérés dans la société.

Les usages de certains d'entre eux sont tout aussi conséquents que ceux de leurs camarades désœuvrés. Souvent leur consommation est adaptée aux temporalités de leurs activités. Ils ne fument que le soir, en sortant du travail. Mais ils peuvent alors fumer beaucoup. De plus, ils ont souvent accès à un cannabis à plus fort taux de principe actif : relativement mobiles, ils se tiennent au courant des « bons plans », c'est-à-dire des endroits où trouver un produit qui leur convienne. En fait, le taux de principe actif des résines dont ils se servent est en moyenne double de celles auxquelles accèdent les jeunes désœuvrés. Ces derniers restent dans le marché local du cannabis et se déplacent peu, ayant intérêt à rester intégrés dans le cycle de services et d'échanges de la cité.

Il devient alors nécessaire de s'interroger sur ce qui fait que des personnes ont une consommation importante de cannabis alors qu'elles ont des situations sociales totalement différentes.

Parmi les personnes qui ont une situation professionnelle stable et une vie familiale, celles qui sont dans des situations de consommation importante, sont confrontées, d'après nos observations, dans leur vie professionnelle et familiale à de fortes tensions. On trouve ainsi des jeunes dans des situations professionnelles précaires alors qu'ils ont une famille à nourrir, des personnes en promotion sociale doutant de leurs capacités, etc. De même, parmi les personnes en situation d'indétermination sociale, celles qui consomment de manière importante et prolongée sont aussi celles qui, dans la cité, sont soumises aux plus fortes tensions sociales, qu'elles aient des problèmes de réputation, des suivis judiciaires, des problèmes familiaux...

L'usage de cannabis ne paraît jamais irréversible : les consommations augmentent ou diminuent, se régulent ou deviennent abusives, s'arrêtent aussi parfois. Bien davantage que de problèmes éducatifs ou de démission parentale, ce dont il est question ici, c'est de la place que les fumeurs occupent dans la société (ou, plus exactement du sentiment qu'ils ont de n'occuper aucune place). Il s'agit là d'un des éléments qui permet de comprendre l'intensité de certains usages. Mais l'intégration professionnelle ne suffit pas toujours à résorber des usages très conséquents, puisqu'elle est susceptible de faire naître des tensions importantes. Les différents usages du cannabis suivent les méandres des trajectoires particulières, dans la désinsertion comme dans l'insertion, même si, pour les jeunes que nous avons rencontrés, de longues périodes de stagnation sociale naissant d'un contexte socio-économique précis, favorisent des consommations plus fortes.

Repères méthodologiques

Pour effectuer cette recherche de type ethnographique, nous nous sommes intégrés à des groupes de jeunes consommant du cannabis dans des cités situées dans la Seine-Saint-Denis.

Nous avons travaillé sur une dizaine de cités, deux d'entre elles ayant été davantage investies. Si, dans les deux cités où nous avons davantage travaillé, nous avons pu rencontrer une quarantaine de jeunes, nous avons croisé de manière ponctuelle une bonne centaine de jeunes. Nous avons essentiellement rencontré des jeunes hommes de vingt à trente ans. Les cités présentent, pour la plupart, tous les caractères de la ségrégation urbaine (éloignement des centres-villes et des équipements collectifs, dégradation des bâtiments, grande pauvreté et stigmatisation sociale, etc.).

Nous sommes restés avec les jeunes durant de longues soirées, écoutant, discutant et regardant. Nous avons ainsi pu disposer d'informations sur les modes de consommation, les transactions et le marché du cannabis, le contrôle social local et, plus généralement, le contexte et les conditions de vie de ces jeunes. Les observations ont eu lieu essentiellement dans les entrées des immeubles, parfois dans des locaux, des caves ou des appartements. Elles ont été complétées par des entretiens chaque fois que cela a été possible. Enfin, nous avons recueilli un certain nombre d'échantillons, lesquels ont été pesés et analysés. Ces analyses nous ont permis de mieux comprendre le rapport entre qualité, quantité et relations sociales dans le marché du cannabis en banlieue. Les échantillons ont été analysés par le professeur Gilbert Fournier du laboratoire de pharmacognosie de l'université de Chateauf-Malabry.

La recherche a duré d'octobre 1994 à février 1997. Nous avons été présents sur les cités environ deux soirs par semaine pendant toute cette période. L'enquête de terrain a été réalisée avec Hamed Khedim.

Cette recherche a été financée par le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur et la Délégation générale de lutte contre la drogue et les toxicomanies.

Pour en savoir plus :

■ AQUATIAS (A.), KHÉDIM (H.), MURARD (N.), GUENFOUD (K.), avec la collaboration de FOURNIER (G.), *L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne, Rapport de recherche MILDTI/MESR, 1997.*

Prévalence et incidence du VHC chez les usagers de drogues vus au service de soins aux toxicomanes du CHS de Jury à Metz (Moselle)

*Claude JACOB

L'hépatite C est encore une maladie mal connue, en particulier par les usagers de drogues. Sa visibilité reste bien inférieure à celle du Sida, qui, jusqu'à une date récente, apparaissait clairement comme une maladie mortelle. Pour l'hépatite C, il s'agit de risques, encore mal évalués et donc forcément mal perçus. L'hépatite C provoque et provoquera des décès, mais en l'absence d'un système de recueil des données, il n'est pas possible, pour l'instant, d'en estimer le nombre.

Ce défaut de représentation et la moindre visibilité de cette maladie se combinent avec d'autres facteurs pour expliquer une prévalence très élevée chez les usagers de drogues et particulièrement chez les usagers par voie intraveineuse. Dénommée à partir de tests biologiques, la proportion de séropositifs VHC chez les usagers de drogues vus en consultations au service de soins aux toxicomanes du CHS de Jury à Metz (Moselle) entre 1991 et 1997 est d'environ 70 % depuis 1991, avec peu de variations d'une année sur l'autre. Au cours de cette même période, la proportion de séropositifs pour le VIH est passée de 13 à 2 %.

Nous avons pu évaluer l'incidence de la séroconversion pour 108 usagers de drogues initialement négatifs pour lesquels nous disposions d'un double prélèvement¹⁰⁷. L'âge moyen de ces usagers de drogues est de 24 ans et 50 % d'entre eux ont recours à l'injection intraveineuse depuis en moyenne 5 ans. Calculé sur une base annuelle, la proportion des usagers de drogues initialement séronégatifs qui se révèlent positifs au deuxième test s'établit à 18,6 %. Ce taux moyen recouvre en fait un changement de statut sérologique pour 33 % des usagers de drogues par voie intraveineuse contre 7,2 % chez les non-injecteurs. Un usager de drogues par voie intraveineuse a donc une probabilité d'être contaminé en l'espace d'une année de un sur trois alors que pour cette même population le risque est infime pour le VIH. Le risque est également beaucoup plus fort, selon nos données, pour une femme (28,8 %) que pour un homme (13,5 %).

Ce haut niveau de prévalence et d'incidence constaté biologiquement contraste avec la prévalence déclarée par les usagers de drogues vus dans notre service. Sur les 670 patients reçus entre 1991 et 1997, une proportion de 28 % se déclarent séropositifs au VHC, 25 % déclarant ne pas être certains de leur statut sérologique. L'ancienneté dans l'usage de drogues joue en faveur d'une meilleure connaissance de ce statut et conduit à une augmentation des déclarations de séropositivité. Chez les usagers dont l'ancienneté est comprise entre 0 et 6 ans, 13,4 % se déclarent séropositifs contre plus de 46 % des usagers ayant douze ans de « carrière ». Dans le cas du Sida, la séropositivité déclarée est au contraire conforme aux résultats des tests biologiques. Les usagers de drogues, et surtout ceux qui ont commencé récemment, se croient donc beaucoup moins séropositifs pour le VHC qu'ils ne le sont en réalité. Cette constatation permet peut-être de fournir un élément supplémentaire d'explication à la permanence de l'épidémie VHC. Une population qui sous-estime sa séropositivité est davantage susceptible d'adopter des comportements favorisant la contamination.

Il reste néanmoins à expliquer de quelle façon se poursuit la contamination, qui a fortement diminué pour la même population en ce qui concerne le Sida. La régression de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse étant expliquée par le recul du partage des seringues, favorisé par la politique de réduction des risques, il paraît difficile de comprendre pourquoi les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets pour les deux virus. L'explication réside dans la réutilisation de la seringue par un même usager et dans la plus grande virulence et la plus grande résistance du VHC, qui peut se transmettre par l'intermédiaire de l'échange ou de la mise en commun de matériels nécessaires à l'injection. Un usager séropositif qui réutilise sa seringue est susceptible de contaminer l'eau et le reste du matériel d'injection dont se servira également un autre usager. Celui-ci pourra alors être contaminé quand bien même il n'utilise que des seringues neuves pour un usage unique.

* Médecin psychiatre, chef de service, praticien hospitalier, intersecteur de Jury-les-Metz

¹⁰⁷ Au moment de la parution de ce rapport, un article décrivant cette étude était en cours de rédaction.

Les enquêtes successives menées par l'IREP montrent que 75 % des usagers réutilisent leurs seringues, quelle que soit l'intensité de l'offre de seringues. De plus, il semble que les précautions se relâchent, surtout chez les nouveaux usagers, à mesure que le danger de contamination par le Sida apparaît moins présent.

Conclusion

La politique de réduction des risques a permis de faire régresser la transmission du VIH chez les usagers de drogues mais pas celle du VHC. À partir de l'observation des données de notre propre service, nous voyons apparaître les différents facteurs permettant d'expliquer le développement de l'épidémie de VHC. Nous avons mentionné la virulence et la résistance du VHC, la réutilisation des seringues et le partage du matériel d'injection, le haut niveau de prévalence déjà atteint, la méconnaissance et la sous-estimation de leur séropositivité par les usagers de drogues, la mauvaise connaissance de la maladie par cette même population. Les pouvoirs publics et le corps médical ne réagissent pas avec toute la vigueur nécessaire pour faire face à la gravité du problème. Les médecins ont trop vite tendance à abandonner les toxicomanes à leur propre sort, les jugeant incapables de se conformer aux protocoles de traitement. Les responsables de la santé publique se préoccupent beaucoup moins du VHC que du Sida. Cette dernière infection est susceptible de toucher toute la population, alors que dans le cas du VHC le danger semble circonscrit, à leurs yeux, aux seuls usagers de drogues par voie intraveineuse.

Cette population se fait, certes, difficilement entendre mais elle ne doit pas être abandonnée à ce que beaucoup considèrent, même parmi les usagers de drogues, comme son destin. Il est urgent d'intensifier la politique de réduction des risques et d'adapter les messages de prévention pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, en ne les focalisant pas sur l'utilisation des seringues stériles, mais en les faisant porter sur l'ensemble du matériel d'injection (eau, seringues, cotons, citrons, cuillères, etc.). Les pratiques de protection doivent être simples et utilisables par les usagers de drogues. Les meilleurs vecteurs de diffusion des messages de prévention sont les usagers eux-mêmes.

Pour ce qui est du traitement, il faut rechercher et tester l'efficacité de nouveaux protocoles de prescription d'antiviraux moins contraignants et susceptibles d'être mieux observés. Un effort particulier doit être entrepris pour la prise en charge en réseau des hépatites des usagers de drogues. L'information doit pouvoir être centralisée au sein du réseau pour améliorer le dépistage et le suivi des patients. Chaque centre spécialisé doit avoir comme référent un service d'hépatologie. Il faut dégager des moyens pour assurer le suivi des patients usagers de drogues pendant leur hospitalisation et former les personnels spécialisés en toxicomanie à la clinique et à la thérapeutique de l'hépatite.

La mobilisation autour du VHC est aussi un moyen de poursuivre l'effort de réduction de l'épidémie à VIH, tendance que pourrait remettre en cause l'augmentation des comportements à risque chez les plus jeunes usagers. En se protégeant de l'hépatite C, les usagers de drogues se protégeront aussi du Sida.

Repères méthodologiques

Les données présentées dans cet article proviennent des dossiers médicaux des patients venus consulter à l'intersecteur des pharmacodépendances de la Moselle (service de soins aux toxicomanes du CHS de Jury à Metz, centre Baudelaire Metz et centre Baudelaire Thionville) entre 1991 et 1997 (N=670). La mesure des séroprévalences annuelles est effectuée sur la base de tests biologiques.

L'étude d'incidence, menée de façon rétrospective, a été effectuée à partir de la population hospitalisée pour sevrage dans deux centres à Lille et à Metz entre 1991 et 1997. Chaque hospitalisation a donné lieu à un bilan biologique systématique. Sur les 1 002 patients hospitalisés, il a été possible d'identifier 108 patients initialement séronégatifs ayant effectué plus d'un séjour et pour lesquels au minimum deux bilans biologiques étaient disponibles.

TRAFIC

Trafics transfrontaliers d'héroïne de Barcelone à Perpignan

**Lamia Missaoui, **Alain Tarrius*

Cette recherche a pris à témoin les trafics d'héroïne, de cocaïne et d'autres substances psychotropiques associées à ces commerces, dans la région frontalière franco-espagnole de la Catalogne. Les villes de Perpignan, et son département, de Gérone, Barcelone, Lérida et Tarragone, ainsi que la Costa Brava, ont supporté les investigations qui visaient à reconnaître l'évolution des productions et des distributions de ces drogues.

Une première recherche, menée en 1996 et 1997, nous avait permis d'établir le rôle des populations gitanes, marocaines et sénégalaises dans ces trafics transfrontaliers de proximité. Des prélèvements sur les flux importants transitant par Barcelone et généralement en provenance d'Afrique subsaharienne permettaient aux gitans catalans de Perpignan d'alimenter un petit marché local d'autoconsommation et aux gitans andalous (désignés encore comme « Espagnols » par les gitans catalans), en association fréquemment avec des Marocains de la dernière migration post-fordiste, d'alimenter des marchés plus vastes, régionaux ou internationaux. Des filières de distribution non ethniques existaient évidemment, qui mobilisaient des personnes bien identifiées comme délinquantes et provoquaient des reventes dans des lieux eux-mêmes bien connus des villes citées.

Notre recherche s'est particulièrement focalisée sur un phénomène émergent peu perceptible dans ces formes de trafics semi-ouverts que nous venons d'évoquer. Nous avons approfondi et évalué le phénomène récent (deux à trois années) révélé par quelques arrestations et condamnations de part et d'autre de la frontière, de jeunes appartenant à des milieux de haute légitimité et stabilité des sociétés locales : familles d'agriculteurs, de commerçants, de fonctionnaires de divers niveaux, de professions libérales, d'ouvriers, de haute antériorité locale, gardiennes et reproductrices des normes et valeurs. Nous avons identifié et rencontré pour des entretiens ou accompagné dans des phases de leurs déplacements de trafiquants, 79 jeunes de 19 à 27 ans, dont 16 insoupçonnés, 41 avertis ou déjà arrêtés, et établi, après observation et témoignages, le nombre de personnes présentant ces profils autour de 250, dont environ 170 insoupçonnées, 100 en France (Perpignan et son département, Narbonne, Béziers, Montpellier et Toulouse) et 150 en Catalogne espagnole. Leur « invisibilité », forte par rapport aux trafiquants traditionnels, tient non seulement au fait qu'elles ne consomment pas de psychotropes et qu'elles ne s'exposent pas dans les milieux usuellement connus, mais surtout au fait qu'elles appartiennent pour la quasi-totalité à des familles de haute cohésion sociale. Les revenus tirés de ces activités, souvent très élevés dès lors que les trafics passent plusieurs frontières, sont investis afin de faciliter des réussites professionnelles que les familles ne peuvent reproduire comme par le passé.

Cette approche des populations de nouveaux trafiquants nous a permis d'identifier avec une quasi-certitude une évolution des transformations et commercialisations de l'héroïne : depuis peu et corrélativement à l'apparition des « trafiquants des honorables familles locales », Barcelone, qui faisait centre pour les trafics de proximité, a décentralisé ces activités vers les trois villes moyennes de sa grande ceinture : Gérone, Lérida (Lleida en catalan) et Tarragone. Non seulement les ventes ont été transférées mais encore les productions : des transformations à partir de morphine base sont désormais le fait de petites unités dans chacune de ces villes. Là sont encore concentrés toutes sortes de produits (ecstasy, amphétamines, Viagra depuis peu...) élaborés dans les banlieues de Barcelone.

C'est ainsi que l'apparition et la multiplication de ces nouveaux trafiquants marquent non seulement une banalisation des consommations par l'accréditation ainsi donnée par les familles locales les plus normatives, mais encore la généralisation et la diversification de l'offre dans des tissus sociaux de plus en plus microscopiques et diffus.

* Sociologue

** Professeur à l'université de Perpignan

Les autorités policières et judiciaires, encore presque exclusivement mobilisées par les réseaux « classiques » de trafiquants sont relativement prises au dépourvu par ces nouvelles formes : les familles « reprennent » leurs enfants dès lors qu'ils sont arrêtés, en offrant d'incontestables garanties morales, sociales et économiques pour leur réinsertion. Une partie non négligeable de ces jeunes, après arrestation, refuse de retourner dans le giron familial et produit des regroupements (i.e. à Grenada/Malaga) de passeurs de frontières à longue distance aux modes de vie originaux, semi-communautaires.

Le phénomène étudié n'apparaît donc pas comme aléatoire, mais manifeste l'émergence de nouvelles et redoutables formes de proximité aux psychotropes.

Repères méthodologiques

Les méthodes utilisées sont celles de l'analyse documentaire (dossiers de presse, juridiques, informations auprès de médecins libéraux, etc.), de l'entretien et de l'immersion *in situ*. D'autre part, deux comparses, revendeurs notoires, Sénégalais et Gitan andalou, déjà contactés dans la première recherche, nous ont permis de progresser (méthodologie ethnologique classique).

Pour en savoir plus :

Articles :

- TARRIUS (A.), *La réussite des clandestins*, in *Espaces et Sociétés* n° 4, 1996.
- TARRIUS (A.), MISSAOUI (L.), *Une crise peut en cacher une autre*, *Études Tsiganes*, n° 50, octobre 1997.
- TARRIUS (A.), MISSAOUI (L.), *Ethnisation des trafics transfrontaliers de psychotropes entre Barcelone et Perpignan : économies souterraines de survie*, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, n° 4, 1997.
- TARRIUS (A.), *Économies souterraines de produits d'usage licite et de produits d'usage illicite : un amalgame infondé*, à paraître, 1999 in *Déviance et Société*.

Rapports : cosignés Alain Tarrius et Lamia Missaoui.

- *Communautés ethniques et économies souterraines de psychotropes entre Barcelone et Perpignan*, octobre 1996, ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 115 p.
- *VIH parmi les communautés tsiganes de Barcelone à Turin*, Communauté Européenne DG 5. Luxembourg, janvier 1998.
- *Héroïne et cocaïne de Barcelone à Perpignan : des économies souterraines ethniques de survie à la généralisation des trafics transfrontalier de proximité*, rapport OFDT, 1999, 52 p.

Livres :

- TARRIUS (A.), MISSAOUI (L.), *Arabes de France dans l'économie mondiale souterraine*, éd. de l'Aube, 1995, 210 p.
- TARRIUS (A.), *Fin de siècle incertaine à Perpignan : drogues, pauvreté, communautés d'étrangers, jeunes sans emploi et renouveau des civilités dans une ville moyenne française*, éd. du Trabucaire, 1997, Perpignan, 218 p.

L'évolution des filières d'offre d'ecstasy en France au cours des années 90 : de l'approvisionnement direct à l'intervention des milieux criminels.

*Thierry Colombié, **Nacer Lalam et ***Michel Schiray (CIRED/EHESS-CNRS-MSH)

L'introduction de l'ecstasy en France à travers le mouvement de musique « techno », qui s'est essentiellement déroulée au cours des années 1990, est un remarquable exemple du développement d'un marché de drogues illicites et de sa rapide complexification. L'étude¹⁰⁸ fait apparaître deux traits saillants : une interpénétration progressive avec les marchés des drogues d'origine naturelle (cannabis, cocaïne et héroïne, principalement) et la position croissante des organisations ou des « milieux » criminels, aux niveaux local ou international, dans l'organisation de l'offre et de l'approvisionnement du produit.

Le mouvement musical « techno » a été le support principal de l'essor du marché de l'ecstasy et de la diffusion du produit, au travers des soirées « techno » clandestines ou celles organisées dans des établissements spécialisés (bars, discothèques), et de lieux de loisirs liés à la fête, au sport ou au sexe. La consommation de cette substance y est associée à d'autres produits à effet psychotrope plus traditionnels, comme le cannabis et l'alcool, mais aussi le LSD, la cocaïne, la kétamine et divers médicaments.

L'interpénétration du marché de l'ecstasy avec les autres marchés de drogues s'est immédiatement réalisée au sein même de ces espaces festifs. Elle s'est opérée de manière progressive mais rapide, à partir de l'essor de réseaux transfrontaliers courts, puis des opportunités offertes par les organisations de petite et grande criminalité nationales et transnationales.

Les filières transfrontalières directes

La filière transfrontalière directe repose sur l'existence de sources d'approvisionnement extra-territoriales facilement accessibles, connues des acheteurs et des services de police, et sur une politique d'achats groupés. En amont, ces filières sont contrôlées par les producteurs d'ecstasy représentés par des groupes traditionnels de contrebande néerlandais, puis par des organisations criminelles de trafic de drogues reconverties dans la production de substances de synthèse. Ces dernières sont principalement issues des Pays-Bas, secondairement de Belgique et d'Espagne, et s'associent de manière croissante avec des laboratoires et des groupes criminels de pays de l'Europe de l'Est. L'exemple des Pays-Bas montre que ces petites structures (en effectifs) sont en mesure de réaliser des profits considérables : l'évaluation la plus basse du chiffre d'affaires d'une seule organisation démantelée par les autorités néerlandaises atteint près de 270 millions de francs¹⁰⁹.

À partir du fabricant, cette filière se compose de l'amont vers l'aval : de grossistes réalisant une vente de 1 000 à 5 000 pilules par semaine en France, et disposant du contact avec le fabricant, d'une capacité de financement, de transport et d'un réseau de distribution de gros ; de semi-grossistes (500 à 1 000 pilules par semaine), disposant d'un réseau de détaillants ; enfin, de revendeurs (une centaine de pilules par semaine) intervenant directement dans les soirées.

Dès le début, les acteurs du mouvement « techno » (organisateur de soirées, DJ ou *traveller*¹¹⁰) apparaissent à chacun des niveaux de cette filière directe, certains organisateurs exerçant même un monopole de vente de l'ecstasy au sein de leurs propres soirées (cas fréquent pour la vente de L.S.D.).

* Economiste

** Economiste

*** Economiste, chargé de recherche au CNRS, CIRED

¹⁰⁸ COLOMBIÉ (T.), LALAM (N.) et SCHIRAY (M.), *Etude des filières produits psychotropes à partir des soirées techno*, OFDT, 1999.

¹⁰⁹ Selon l'Unité des drogues synthétiques, ces bénéfices avaient permis d'acheter des îles et des fabriques de cacao.

¹¹⁰ Le *traveller* du mouvement « techno » est un nomade. Il vit dans un bus ou un camion sur les routes européennes et cherche à conserver son autonomie.

À la fin des années 1980, l'ecstasy était distribué au sein des soirées « techno » par certains de ces acteurs selon une première logique de consommation (usage-revente). L'essentiel de cet approvisionnement provenait de petites transactions réalisées à l'étranger, notamment aux Pays-Bas, à partir de deux modes opératoires risqués : le paiement au comptant de l'achat groupé et le transport transfrontalier de la marchandise. Or le recours à la filière transfrontalière directe comporte trois barrières principales : une limite quantitative, l'investissement de départ en numéraire ne pouvant être important du fait de la possible interpellation du passeur à la frontière ; une limite temporelle, le stock peu élevé ne permettant pas d'envisager un profit à moyen et long terme ; enfin, une limite géographique et qualitative (amateurisme) de ces acteurs. Dès le milieu des années 90, l'insuffisante professionnalisation de ces nouveaux intermédiaires du trafic d'ecstasy a fortement contribué à rendre visibles leurs sauts transfrontaliers à la surveillance des forces de l'ordre.

L'accroissement de la demande d'ecstasy en France et, en parallèle, la surveillance renforcée des frontières entre la France et le Bénélux¹¹¹ ont eu deux principaux effets : la professionnalisation des acteurs de la filière transfrontalière directe et l'intégration des drogues de synthèse au sein des filières tenues par des groupes de criminels. Grâce au capital accumulé lors de premiers achats groupés, les revendeurs de cette filière ont mis en place des stratégies d'échappement à la répression, plus particulièrement aux frontières (passeur, espionnage des services de police), leur permettant de maintenir un approvisionnement régulier. S'engageant dès lors dans une logique de profit criminel, certains sont devenus d'importants intermédiaires « multicartes » (ecstasy, puis cocaïne et cannabis) pouvant répondre aux commandes des membres de leur(s) réseau(x). En intégrant ces nouvelles substances, cette nouvelle génération d'acteurs du trafic est entré en contact avec fournisseurs et intermédiaires du trafic de drogues d'origine naturelle, installés sur le territoire français. Pour l'essentiel, ces derniers sont issus de groupes de petite et grande criminalité (les « milieux »), qui dominent les filières du crime organisé en France.

La pénétration des filières criminelles sur le marché des drogues de synthèse

Dans le sud de la France, cette alliance marchande fut favorisée par l'infiltration d'opérateurs importants des « milieux » locaux au sein des structures organisationnelles des soirées « techno » (associations, sociétés de production), et par la reconversion des acteurs du grand banditisme hexagonal dans le trafic de stupéfiants, à partir de l'Espagne et du sud-est de la France. L'intégration de ces drogues de synthèse dans le commerce de gros (cocaïne, héroïne et résine de cannabis) a eu deux principales conséquences : créer de nouveaux réseaux au sein des espaces « techno » (festival, soirées, after), à partir des principaux promoteurs de la filière transfrontalière directe ; puis intégrer de nouveaux revendeurs, notamment issus des quartiers de grandes villes¹¹².

Ces jeunes ont par ailleurs expérimenté la possibilité de s'approvisionner auprès des réseaux ethniques transnationaux (Afrique centrale, pourtour méditerranéen, Asie), à partir des villes néerlandaises et allemandes.

L'approvisionnement des acteurs de la distribution finale relève de la mixité de ces deux filières. À partir des observations de terrain et du dépouillement de dossiers de tribunaux (1998), un nombre croissant de ces acteurs délaisse la filière transfrontalière directe pour la filière criminelle. Ces derniers fournisseurs offrent en effet deux avantages déterminants : la livraison « à domicile » et l'avance sur recettes en produits. Une fois livrés, les revendeurs français sont, pour la plupart, dans l'incapacité de rembourser ultérieurement leur(s) dette(s). Ce mécanisme financier apparaît comme l'élément moteur de l'intégration du marché d'ecstasy par les « milieux », qui semblent observer un « partage concerté » du marché des stupéfiants dans le sud de la France.

Repères méthodologiques

Cette étude, financée par l'OFDT (rapport à paraître), a été menée avec le concours de la Maison des sciences de l'homme par des chercheurs du CIREN/CNRS.

Le point de départ des enquêtes est « les soirées de musique techno ». Les chercheurs ont enquêté dans trois directions : auprès des acteurs du marché des drogues illicites (consommateurs, revendeurs), par une immersion partielle et contrôlée, auprès des associations liées au mouvement « techno », et auprès des services de police, de gendarmerie et des douanes et de la Justice (Tribunaux de Grande Instance).

Les chercheurs ont participé à près d'une quarantaine de soirées « techno » réparties en deux catégories : clandestines et officielles. Les informations recueillies sont issues d'entretiens guidés, et de la passation de deux questionnaires. L'enquête a été principalement menée dans les régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

¹¹¹ Ce renforcement fait suite à la volonté des autorités françaises de limiter le « narcotourisme » des jeunes Français au sein du Bénélux, plus particulièrement des Pays-Bas, lors de la création de l'espace Schengen.

¹¹² Au sein d'un technival (rassemblement clandestin de « sons autonomes ») le partage du marché (Ecstasy, L.S.D., haschisch et cocaïne) est souvent marqué par de violentes confrontations entre les « jeunes des quartiers » et les organisateurs.

INSTITUTIONS ET POLITIQUES PUBLIQUES

Soins

Les traitements de substitution par le Subutex® en France

*France Lert

En février 1996¹¹³, les autorités sanitaires ont élargi l'offre de traitements de substitution en autorisant la mise sur le marché par le laboratoire Schering-Plough du Subutex®, buprénorphine fortement dosée, en comprimés, pour une absorption sublinguale. Ce produit a pris très rapidement le pas sur la méthadone, dont les règles de prescription sont plus strictes¹¹⁴.

Les dispositions nouvelles offraient un cadre officiel à une pratique déjà ancienne de prescription et de consommation du Temgésic®, buprénorphine dosée pour le traitement antalgique. En effet, en France, comme dans la plupart des pays où ce médicament a été mis en circulation, depuis la fin des années 1970, il a été détourné par les usagers comme produit de dépannage face à un manque de ressources ou en remplacement d'une héroïne de rue de mauvaise qualité. Toutefois, les doses ainsi consommées restaient en moyenne bien inférieures à celles proposées pour un traitement de substitution.

Le devenir des patients : une forte rétention un an après le début du traitement.

Il n'existe aucun recueil systématique de données sur les personnes mises sous traitement de substitution, mais quelques études ont été réalisées ou sont en cours pour décrire le devenir des patients. SPESUB¹¹⁵ est l'étude la plus importante, réalisée par la société EVAL à la demande du laboratoire Schering-Plough. Les sujets sous traitement présentent les caractéristiques classiques des usagers dépendants de l'héroïne : 45 % ont plus de 30 ans, environ les trois quarts sont des hommes. Il est difficile de comparer les caractéristiques de leur mode de vie à celles des sujets suivis en centre spécialisé, car les modes de recueil de l'information diffèrent. Si l'on retrouve bien une situation sociale marquée par un faible niveau d'étude (51 % n'ont qu'une scolarité primaire), un faible taux d'activité professionnelle (49 % d'inactifs), une proportion non négligeable de logements précaires (15 %), il semble que cette situation soit légèrement meilleure chez ces patients suivis en médecine de ville que dans la population des centres spécialisés.

La prise en charge globale des usagers dépendants a pour objectif déclaré l'arrêt ou la réduction des consommations de substances psychoactives licites ou illicites, l'amélioration ou au moins la stabilisation de leur situation sociale et une augmentation de l'accès aux soins pour leurs problèmes somatiques ou psychiatriques. Le critère de rétention en traitement reste cependant le principal critère d'évaluation utilisé dans les études de suivi.

Un an après l'inclusion, 69 % des sujets étaient toujours suivis par le même généraliste (dont 9 sur 10 toujours sous buprénorphine), 8 % étaient suivis ailleurs, 6 % n'étaient plus pris en charge pour des raisons diverses et 17 % étaient perdus de vue.

Parmi les patients suivis, la consommation d'héroïne avait baissé de 43 % à l'inclusion à 14 % dans le mois précédant la dernière visite, celle de cocaïne de 19 % à 5 % ; 22 % avaient maintenu une pratique d'injection. On observe une certaine amélioration pour ce qui concerne le logement et surtout pour l'activité professionnelle qui passe de 55 % à 65 %.

¹¹³ Ce texte s'inspire largement du rapport réalisé par un groupe de travail de l'INSERM : Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues. Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, juin 1998.

* Directeur de recherche de l'INSERM U-88

¹¹⁴ En ce qui concerne le cadre légal de prescription de la buprénorphine et de la méthadone, voir la partie sur l'évolution de la politique de lutte contre la toxicomanie. Pour les questions relatives à l'évaluation du nombre de personnes sous substitution voir dans la partie Indicateurs « Les usagers sous substitution ».

¹¹⁵ Cf. les repères méthodologiques pour le descriptif de l'étude.

Au fil du temps, les durées de prescription se sont allongées pour ces patients, avec une délivrance du médicament en pharmacie pour des périodes plus longues. Les doses moyennes prescrites sont stables, mais leur dispersion est un peu plus grande.

Les résultats de l'étude SUBTARES vont dans le même sens : parmi les patients dont le traitement a commencé entre février et octobre 1996, 72,3 % étaient encore suivis au bout d'un an (après exclusion des sujets non revus après une première prescription ou perdus de vue dans le premier mois). L'utilisation de benzodiazépines baisse au cours de la prise en charge.

Risques et mésusage

La large disponibilité du Subutex® comporte un certain nombre d'effets pervers ou de risques dont une évaluation détaillée serait nécessaire pour en apprécier l'impact global en termes de santé publique.

Mortalité et décès liés au Subutex®

Vingt cas de décès ont été rapportés par un seul laboratoire de médecine légale, chez des personnes ayant consommé du Subutex® dans les heures précédentes ; consommation dont attestent les dosages réalisés sur divers tissus ou dans le sang. Les concentrations retrouvées pour la buprénorphine et la norbuprénorphine (son métabolite) se situent selon les auteurs, dans un ordre thérapeutique ou légèrement supra-thérapeutique. Dans 18 des 20 cas, des benzodiazépines ont été retrouvées avec des doses élevées. On sait que la buprénorphine a un effet dépressur sur la respiration qui peut être amplifié par la consommation concomitante de benzodiazépines. Dans la mesure où ces investigations approfondies *post mortem* ne sont pas systématiques, il n'est pas possible d'apprécier la portée de ces observations. Il faut rappeler toutefois que dans les pays où les traitements de substitution sont largement distribués, on observe dans une fraction importante de morts par surdose la consommation de médicaments de substitution, pris ou non dans le cadre d'un traitement. L'association avec les benzodiazépines est aussi fréquente ; cette consommation étant à la fois un facteur aggravant dans le processus physiologique et un indicateur de risque (les usagers polytoxicomanes étant en règle générale des sujets plus gravement dépendants et désinésérés). Le suivi et l'analyse systématique des décès sont donc aujourd'hui indispensables.

L'observation de décès liés à la consommation de produits de substitution doit cependant être confrontée à l'impact global sur la mortalité.

On ne dispose actuellement d'aucune étude de cohorte permettant de mesurer la mortalité (taux annuel de décès) dans une population de sujets en traitement de substitution par Subutex® ou d'ailleurs par la méthadone. Les seules données disponibles aujourd'hui concernent les overdoses collectées par l'OCRTIS à partir des procédures judiciaires. Leur nombre a fortement décliné depuis le pic de 1994 avec une baisse de 60 % entre cette date et 1997. Celle-ci témoigne d'un moindre risque de décès global ; elle peut être mise en relation avec la mise en place des actions de réduction des risques et notamment la distribution massive de Subutex®, mais ce rapprochement ne permet pas d'identifier les interactions directes entre les différentes mesures de santé publique et la réduction du nombre de décès connus.

L'injection du Subutex®

Comme le Temgésic® par le passé, le Subutex® est consommé par injection par une proportion non négligeable d'usagers : cette proportion varie de 12 % dans l'étude SPESUB à 20 % dans l'étude SUBTARES¹¹⁶. L'ampleur de ce phénomène ayant été sous-estimé au départ, les études n'ont pas été conçues pour en mesurer la fréquence (administration systématique par voie IV ou alternance dans les modes d'administration, évolution au cours de la prise en charge, etc.). Néanmoins les acteurs de terrain le signalent comme fréquent. Les produits composant l'excipient des comprimés sublinguaux ne sont pas tous solubles ce qui peut être à l'origine des abcès observés chez les sujets injecteurs. Des problèmes veineux ont

aussi été rapportés en pharmacovigilance dans les mois suivants la mise sur le marché mais pas ensuite. Le maintien de la pratique d'injection est souvent attribué à une dépendance au geste ; elle peut aussi être interprétée comme un mode de socialisation dans le groupe des usagers ou encore à une insatisfaction des sujets due, soit au produit lui-même en raison de ses propriétés pharmacologiques, soit à une posologie insuffisante ; en effet, les doses prescrites apparaissent en effet plutôt orientées vers des valeurs peu élevées (7,6 à 7,8 mg dans l'enquête SPESUB). Cette question devrait être approfondie à la fois pour mieux comprendre les modes d'usage du Subutex® et pour apprécier l'impact en termes de risques de transmission des infections virales.

Le Subutex® comme produit de transition

Les acteurs de terrain observent des consommations de Subutex® chez des sujets n'étant pas par ailleurs usagers d'héroïne et s'interrogent sur le rôle de cette substance comme produit de dépendance, voire de transition vers des usages plus lourds d'opiacés. Des observations éparses montrent qu'il s'agit souvent de sujets consommant déjà de l'alcool, des médicaments ou du cannabis. Le volume important de produits mis sur le marché se prête à ces formes d'usages dont l'ampleur reste inconnue et qui pourraient ne correspondre qu'à une très faible part des médicaments en circulation.

Revente du Subutex®

Le phénomène précédent s'alimente d'une revente sauvage du Subutex®, et d'éventuelles multiprescriptions. Du côté des acheteurs de ce marché parallèle, il peut s'agir d'une discontinuité du suivi médical, d'une difficulté à réaliser les démarches permettant de disposer d'une couverture sociale pour entrer dans une démarche de soins, ou encore d'une impréparation à un suivi régulier. Ces sujets pourraient sans doute bénéficier de services à bas seuil. Les données manquent en particulier sur d'éventuelles multiprescriptions pour le même patient. Cependant, là où elles ont été établies par les caisses de Sécurité sociale (notamment en Alsace), le phénomène apparaît limité. Cette question est discutée dans certains comités de suivi qui s'efforcent d'agir par la persuasion auprès des prescripteurs et des patients ou en proposant des dispositifs particuliers associant le patient, le médecin et la caisse de Sécurité sociale.

De nombreuses inconnues pour optimiser les traitements de substitution.

Le maintien d'une forte demande de Subutex®, sa large diffusion sur le territoire, l'implication d'un nombre important de médecins témoignent de bénéfices ressentis tant par les usagers que par les professionnels. Le recul de plus de 30 mois, laisse penser qu'il ne s'agit pas seulement d'un engouement passager. Une évaluation fine des bénéfices et des risques d'un point de vue clinique comme d'un point de vue de santé publique reste à faire.

En effet, les essais thérapeutiques ont été réalisés auprès de sujets dépendants, non porteurs de maladies graves somatiques (hépatopathies, Sida, diabète etc.) ou psychiatriques. Pour les femmes, elles devaient ne pas être enceintes pendant la durée de l'essai. Précisément il s'agit de pathologies (ou d'état pour la grossesse) très fréquentes chez les usagers de drogues. Concernant la grossesse, l'intérêt d'un traitement de substitution est clairement établi : la femme peut reconnaître plus tôt sa grossesse, elle peut se soumettre à un suivi prénatal de meilleure qualité ; le traitement évite au fœtus les sevrages à répétition, inévitables quand la mère poursuit la consommation d'héroïne de rue. Toutefois, l'adaptation des posologies pendant la grossesse, les risques de consommations associées de benzodiazépines, les effets sur le cours de la grossesse, l'accouchement, et surtout le syndrome de sevrage du nouveau-né et l'allaitement, ne sont pas connus, en particulier en comparaison de la méthadone.

La mise sous traitement de substitution est susceptible de favoriser le suivi médical de la maladie VIH et de l'hépatite C. Cependant, cette comorbidité, très fréquente, soulève de nombreuses questions relatives aux interactions médicamenteuses. L'hépatotoxicité de cette substance peut être modifiée par l'existence d'une infection à VHC. De même la consommation d'alcool, commune dans cette population, peut s'aggraver sous traitement de substitution et par la même peser sur le pronostic de l'infection à VHC. Une évaluation détaillée de stratégies thérapeutiques optimales est donc

¹¹⁶ Cf. repères méthodologiques pour un descriptif de l'étude.

nécessaire.

L'intrication de l'usage et de la dépendance aux drogues à des problèmes psychiatriques est sous-tendue par des processus très divers et encore mal compris. Si la souffrance psychique peut être allégée par une prise en charge associant soutien psychologique et substitution, par l'amélioration des conditions de vie, des troubles psychiatriques plus sévères peuvent nécessiter des interventions psychiatriques et des médicaments. La prise en charge d'une telle comorbidité reste problématique aussi bien quant à son organisation que quant aux stratégies et aux méthodes les plus adaptées. Là non plus la question des interactions médicamenteuses n'a pas été explorée.

Conclusion : poursuivre l'adaptation des prises en charge et des traitements à la diversité des usagers et de leurs conditions de vie

L'offre de traitements de substitution a été tardive en France en raison de la résistance du modèle de soins fondé sur une approche psychanalytique. Elle est maintenant admise et la prescription d'opiacés est aujourd'hui reconnue, à l'instar de nombreux autres pays, comme une condition de nombreux types de prise en charge (soutien social et éducatif, psychothérapies, etc.).

Le Subutex® a permis une transition dans l'organisation des soins aux toxicomanes en offrant de nouvelles options et en élargissant les métiers des secteurs de la santé et du social impliqués dans celle-ci. L'usage lourd d'héroïne, de cocaïne, de médicaments détournés et d'alcool reste une condition chronique, qui même avec des traitements réussis, est très vulnérable à la rechute.

Le mieux-être ressenti par les usagers, l'amélioration de leurs relations avec les professionnels ne doivent pas empêcher la recherche inlassable des solutions optimales pour améliorer l'individualisation des traitements, réduire les risques de toxicité (surdose, interactions médicamenteuses, hépatotoxicité, etc.), et favoriser une prise en charge adaptée des diverses comorbidités. L'adaptation de l'offre de soins, la recherche de solutions nouvelles, l'adoption de stratégies mises à l'épreuve dans d'autres pays (services à bas seuil, substitution par l'héroïne, substitution par voie IV) sont donc toujours d'actualité.

Propriétés pharmacologiques et thérapeutiques.

La buprénorphine stimule les récepteurs μ opiacés et bloque les récepteurs $\kappa 1$ et dans une moindre mesure $\delta 2$. L'effet sur les récepteurs μ opiacés est celui d'un agoniste partiel. La buprénorphine présente une exceptionnelle affinité pour les récepteurs μ opiacés et s'en dissocie très lentement. Ces effets observés chez l'animal pourraient cependant être sensiblement différents chez l'homme, où il est quasiment impossible de démontrer l'effet agoniste partiel. C'est pourquoi les données pré-cliniques ne permettent pas d'affirmer l'innocuité chez l'homme quelle que soit la dose comme on l'a souvent cru. En pharmacologie clinique, les effets (effets subjectifs - ressentis comme positifs, euphorie, sédation - et objectifs - myosis, fréquence respiratoire, saturation du sang artériel en oxygène), sont proportionnels aux doses jusqu'à 16-32 mg. Pour certains effets, il existe un plateau à 4 mg. L'intensité des effets obtenus est globalement identique à celle de 60 mg de méthadone.

Des essais thérapeutiques de la buprénorphine en traitement de sevrage ou en traitement de maintenance ont été réalisés aux États-Unis depuis 20 ans. Sur le critère classique de rétention en traitement, il semble que pour la maintenance par la buprénorphine, la dose de 8 mg donne des résultats du même ordre que 30 à 60 mg de méthadone, plus proche de 60 mg. Toutefois, dans l'étude la plus récente menée sur un grand nombre de patients dans plusieurs centres aux États-Unis, la dose quotidienne de 16 mg donne de meilleurs résultats que 8 mg. Cela avec une forme galénique (solution alcoolique à 30 % utilisée dans tous les essais américains) dont la biodisponibilité est supérieure à celle des comprimés sublinguaux commercialisés en France.

Repères méthodologiques

→ Étude SPESUB

Elle porte sur 1 000 patients suivis par 105 généralistes affiliés à des réseaux toxicomanie. Les généralistes sont inclus dans l'enquête en raison de leur implication connue dans le traitement de la toxicomanie. Chaque médecin a inclus les dix premiers patients au cours d'une période donnée de trois mois, de mai à juin 1996. Ces sujets doivent être suivis deux ans ; actuellement les résultats à un an ont été publiés¹¹⁷. Des données ont été recueillies à intervalle fixe (1, 3, 6 et 12 mois après l'inclusion).

L'étude a été menée par la société EVAL et financée par le laboratoire Schering-Plough.

→ Étude SUBTARES

Étude rétrospective menée auprès de 4 réseaux de médecins regroupant au total 71 généralistes dans diverses régions (Paris, Strasbourg, Nice, Bordeaux). Choix des médecins inscrits dans les réseaux par tirage au sort. Les médecins acceptant de participer à l'étude ont été inclus par ordre alphabétique jusqu'à l'obtention de 75 cas exploitable par réseau, avec un maximum de cinq patients par médecin.

Critère d'inclusion des patients : traitement avec de la buprénorphine haut-dosage pour dépendance majeure aux opiacés entre le 12 février et le 31 octobre 1996.

Les données ont été recueillies lors de la première consultation, lors de la prescription de stabilisation, et lors de la dernière prescription incluse dans la période d'enquête.

Le financement de l'étude a été assuré par le laboratoire Schering-Plough.

Pour en savoir plus :

■ Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues, Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM par un groupe de travail dans le cadre d'une convention avec le secrétaire d'État à la Santé, Direction générale de la santé et le laboratoire Schering-Plough. Rapporteur France Lert.

¹¹⁷ BLIN (P.), NOUVEAU DIBURCQ (A.), CHARPAK (Y.), MARTIN (M-P.), One year follow up of heroin users treated by high dosage buprenorphine : The french experience. European Harm Reduction Conference, Utrecht, juin 1998.

Suivi des usagers de drogues bénéficiant de prescription de méthadone

Groupe de travail : Commission nationale des traitements de substitution
Gérard Cagni, Jean Dugarin, Françoise Facy, Xavier Legall, Jean-Luc Vigneule.

Tous les centres prescrivant de la méthadone devaient s'engager, selon la circulaire DGS/SP3/95 du 31 mars 1995, à fournir des informations destinées à leur évaluation. L'unité 302 de l'INSERM (F. Facy) a été chargée de l'analyse de ces données.

Bilan général

Au 31 mars 1998, 5 360 dossiers individuels avaient été enregistrés à l'INSERM (bilans d'entrée).

Pour 1 418 personnes parmi les 5 360, les dernières nouvelles dataient de plus de 18 mois (définition retenue du retard maximum acceptable), il s'agit soit de patients perdus de vue par la structure soit de patients pour lesquels les structures n'ont pas envoyé de nouvelles à l'INSERM. Notons également 6 suivis sans précisions.

Au 31 mars 1998, on dénombre donc 3 936 suivis à jour. Ces 3 936 se répartissent en 1 319 sorties du centre, 87 décès signalés et 2 530 avec un dernier suivi datant de 18 mois au plus.

Sujets traités (d'après les bilans d'entrée)

Les résultats présentés ici font référence aux 3936 patients dont les suivis sont à jour. Cet ensemble est donc hétérogène en matière de durée de traitement puisque les dernières nouvelles peuvent être un décès, une sortie ou un suivi quelconque.

Ce sont des usagers d'héroïne en produit principal pour 79 % d'entre eux, 9 % indiquent le Temgesic®, ou Subutex®, 2 % la méthadone, 2 % le Skénan®, et 3 % le Moscontin®. L'injection intraveineuse a été utilisée pour 91 % d'entre eux. Les produits associés sont essentiellement la cocaïne (35 %), la codéine (18 %), l'alcool (16 %) et les benzodiazépines (14 %). L'âge de début de consommation est en moyenne de 17 ans. 30 % ont déjà été inclus dans un programme agréé de substitution.

Les femmes représentent 30 % des sujets suivis. La moyenne d'âge à l'admission est de 32 ans. Le niveau scolaire est inférieur au secondaire pour 56 % d'entre eux. 6 % n'ont aucune protection sociale.

Parmi les patients connaissant leur sérologie, 24 % sont séropositifs pour le HIV, 62 % le sont pour l'hépatite C et 42 % pour l'hépatite B.

Évolution du profil des sujets pris en charge entre la période précédant 1996 et celle d'après 1996 (d'après les bilans d'entrée).

Une comparaison des bilans d'entrée pour les sujets pris en charge avant 1996 et après 1996 (sur l'ensemble de l'échantillon initial) montre que ces derniers sont plus souvent sans ressources ni activité, utilisent moins la voie

intraveineuse au moment de l'inclusion. Les patients inclus dans les programmes méthadone après 1996 ont fait moins de tentatives de sevrage ; leur durée d'intoxication est moindre ainsi que la durée de leur dépendance, le délai entre la prise de produit principal et un premier entretien est enfin moins long. Ils ont un âge moyen moins élevé (33 ans pour 35,6 ans avant 1996).

La gravité de la toxicomanie traduite par l'usage d'héroïne, l'usage du mode intraveineux, la durée de dépendance, les rechutes après sevrage ou substitution, est en moyenne moins importante pour les patients les plus récents. Cela reflète un accès rendu plus facile au traitement et des pratiques plus diversifiées à partir des centres de soins plus nombreux à prescrire de la méthadone.

Évolution des sujets traités (d'après les bilans de suivi).

L'évaluation générale des patients peut s'apprécier de façon transversale, dans le temps par rapport à la cohorte (bilan sur l'ensemble des patients à une date donnée) ou en fonction de la durée du traitement (bilan des patients suivis sur une durée d'un an ou deux ans). La première méthode permet de suivre l'évolution des pratiques, la seconde indique l'évolution des patients.

■ Suivant les informations disponibles à l'INSERM au 31 mars 1998, sur les 3 936 sujets suivis, 2 % sont décédés et 64 % sont en cours de traitement (en admettant un retard au plus de 18 mois). 34 % sont sortis du centre, 2 % ont changé de centre et 11 % des sujets ont été transférés vers un médecin de ville, plus du tiers des sorties étant ainsi des poursuites de traitement. La durée en mois sous traitement à la méthadone est inférieure à 1 an pour 57 % des sujets, de 12 à 18 mois pour 14 %.

Pour cet échantillon, la dose moyenne de méthadone est de 61 mg, les entretiens psychotérapeutiques concernent 43 % des sujets, le suivi socio-éducatif 44 % ; les traitements associés sont des antidépresseurs (28 %), des neuroleptiques (18 %), d'autres psychotropes (44 %).

■ Parmi les sujets suivis par rapport à une durée de traitement, un échantillon de 690 cas correspond à une durée de 12 à 18 mois ; parmi eux, 83 sont sortis des centres et 10 sont décédés (déc.1998).

Au niveau des consommations déclarées, les usages habituels de cocaïne et d'opiacés pour les héroïnomanes en produit principal ont fortement diminué (respectivement des deux tiers et de la moitié). Par contre, l'augmentation d'alcool et celle de benzodiazépines concernent la moitié des sujets. Des évolutions inverses sont observées pour 1/5 à 1/3 des sujets. L'absence de réponse est toutefois assez fréquente.

L'appréciation clinique des difficultés psychologiques et des attitudes de risques, sur des échelles visuelles validées, montre des évolutions globalement favorables :

- les risques de contamination sanguine ont diminué dans 42 % des cas et augmenté dans 7 % des cas, les risques de contamination sexuelle ont diminué dans 36 % des cas et augmenté dans 10 % de cas ;
- les troubles dépressifs ont diminué dans 37 % des cas et augmenté dans 12 % des cas. Les troubles anxieux ont diminué de gravité dans 42 % des cas et augmenté dans 15 % des cas. Les troubles psychotiques ont diminué dans 11 % des cas et augmenté dans 8 % des cas.

En fonction des critères retenus, l'amélioration générale est établie dès la première année de traitement ; même si certaines situations restent inchangées, voire se détériorent, ceci correspond à des observations cliniques d'états transitoires dans les parcours toxicomaniaques.

L'appréciation de l'efficacité de ce traitement doit tenir compte des durées de traitement souvent préconisées sur plusieurs années.

Les améliorations enregistrées au niveau des situations sanitaires et sociales sont similaires dans les différentes enquêtes internationales d'évaluation des traitements avec de la méthadone. L'importance des comorbidités (psychiatriques, infectieuses) rend difficile des changements rapides de comportements, globalement, et de façon stable. Les parcours antérieurs, souvent synonymes de gravité de la toxicomanie, ne sont pas habituellement des facteurs de compliance dans les traitements ; au contraire, certains éléments de sélection des cas (caractéristiques individuelles d'insertion et d'environnement familial et social) sont relativement favorables par rapport à d'autres populations toxicomanes.

Repères méthodologiques

L'étude est longitudinale, permettant ainsi de suivre les patients traités (d'un point de vue sanitaire et social), l'activité des services et l'orientation des patients. La recherche de groupes de patients particuliers est également prévue. Le suivi épidémiologique est effectué par le centre primo-prescripteur, jusqu'au relais éventuel en médecine libérale. L'inclusion des patients dans ce suivi a commencé avant 1993. Il est prévu un bilan d'entrée, puis un suivi tous les six mois, une fiche de sortie le cas échéant et une information en cas de décès.

L'autorisation de la CNIL est enregistrée pour organiser le traitement informatique des données, l'INSERM assurant la confidentialité des données individuelles et des résultats des centres.

La commission nationale française, à partir de 1993, a opté pour un outil spécifique qui tient compte de l'expérience des premiers programmes datant des années 1970 et qui a nécessité une validation statistique.

Pour en savoir plus :

- Rapport DGS-INSERM, *Étude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de prescriptions de méthadone*, septembre 1998, 74 p.
- FACY (F.), *Toxicomane et prescription de méthadone*, éd. Krieff, 1999, 127 p.
- *Epidemiological study on the follow up of patients on Methadone prescriptions in France*, European Addict Research, 1999 (sous presse).

Observation des usages de Néocodion® par le dispositif officinal

* F. Allaert, P. Beauverie, G. Fournier, J.-L. Garcia-Macé, D. Touzeau

La consommation de codéine ne relève pas du seul Néocodion®, mais cette spécialité couvre la plus grande partie des besoins des personnes dépendantes aux opiacés et sensibles aux effets du principe actif. Entre toxique et médicament palliatif du manque ou d'auto-substitution, la codéine a une image trouble pour les professionnels de la santé. Depuis trois ans, la vente de codéine a régulièrement diminuée (- 5 % en 1996, -18 % en 1997, - 14 % en 1998). Parallèlement, la prescription de Subutex® s'est accrue (+ 27 %) en 1998. Différentes évaluations en vue de mieux connaître les usages des codéinés, et plus particulièrement du Néocodion®, doivent être conduites sous différents angles d'observation (officinaux, usagers, médecins ou lieux d'accueil) avant d'approcher les bénéfices et les risques de cette consommation et de proposer, si nécessaire, des modalités d'orientation et de prise en charge adaptées.

Une première enquête, menée en 1997 sur la périphérie sud de Paris, montrait que la quasi-totalité des officinaux délivraient du Néocodion® aux toxicomanes, en moyenne 15 boîtes par semaine. Dans 13 % des officines, les usagers de Néocodion® achetaient aussi, à l'occasion, des seringues et, dans 2 % des cas, ils se procuraient également des traitements de substitution.

Une enquête sur les usagers de Néocodion® a été menée en 1998 avec le soutien du comité** de pilotage recherche du laboratoire Bouchara. Ses principaux résultats sont présentés ici.

Résultats

Sur les 120 centres d'investigation pressentis, 48 ont consenti à participer à l'enquête. Le taux de participation est donc de 40 %. 193 personnes ont été sollicitées par les investigateurs et 76,6 % ont accepté de répondre aux questions. Parmi ces personnes certaines avaient été recrutées précédemment dans un autre centre d'investigation, le taux de re-capture inter-centre est de 2,1 %. Ainsi, 144 questionnaires ont été analysés.

Sur ces 144 personnes, 41 ont déclaré employer le Néocodion® (comprimé et sirop adultes) comme antitussif soit 28,5 % de la clientèle ayant accepté de répondre au questionnaire. Ces personnes ont en moyenne 42 ans et se répartissent, à parts presque égales, entre hommes et femmes (respectivement 46 et 53 %).

Usage et usagers de Néocodion®

103 personnes déclarent ou sont suspectées de ne pas employer le Néocodion® (comprimé adulte) comme antitussif, soit 71 % de la population interrogée. Leur âge moyen est de 32 ans et on trouve parmi eux 20 % de femmes et 80 % d'hommes. 73 % d'entre eux déclarent avoir une activité. La consommation moyenne est de 36 comprimés par jour à raison de 2,1 prises par jour, en moyenne, ou 220 comprimés par semaine depuis 59 mois en moyenne (min : 2 j.- max : 220 mois). Cette consommation est quotidienne (continue depuis au moins 7 jours) pour 64 % des personnes interrogées (répétée : 14 %, épisodique : 12 %, occasionnelle : 10 %). Elle est constante ou en diminution

** P. Beauverie, C-A. Benhamou, G. Cagni, J.-L. Garcia-Macé, P.-M. Kahn, J. Lamarche, M.-P. Serre, D. Touzeau

(depuis au moins un mois) respectivement pour 49 % et 41,8 % d'entre elles (en augmentation : 9,2 %). 22,2 % des personnes ont un mode de préparation particulier (lavage des comprimés : 18,1 %) principalement lorsque l'usage du Néocodion® est récent et ce dans la perspective d'augmenter sa rapidité d'action.

Consommations associées

En ce qui concerne les usages de substances psycho-actives associés au Néocodion®, 97 % des personnes ont accepté de répondre. 83 % consomment du tabac, 48 % de l'alcool, 42 % du cannabis, 23 % des opiacés agonistes forts, 8 % des opiacés agonistes faibles ou partiels, 1 % d'autres codéinés, 13 % des psychostimulants, 18 % des tranquillisants mineurs. Finalement, 2 % des usagers de Néocodion® déclarent ne consommer aucune autre substance psychoactive. Pour l'ensemble des personnes utilisant le Néocodion® en dehors de son indication, 46 % considèrent que cet usage les aide à gérer la consommation d'autres substances, alors que pour les seuls usagers de drogues par voie intraveineuse, soit 19 % des personnes interrogées, 86,7 % considèrent que le Néocodion® les aide à gérer leur consommation. Dans 86 % des cas, la substance injectée est l'héroïne suivie, par ordre décroissant de citation, par les médicaments opiacés puis par la cocaïne.

Dépendance au Néocodion

Pour 80 % des personnes interrogées, la dépendance primaire aux opiacés est imputée à des opiacés agonistes forts, dont essentiellement l'héroïne, mais pour 20 % d'entre elles, l'initiation est imputée à un codéiné. Parmi les personnes présentant une dépendance primaire à un opiacé autre que les codéinés, 73 % déclarent ne plus consommer d'autres opiacés que le Néocodion®. Neuf personnes sur dix déclarent souhaiter arrêter leur consommation de Néocodion®. Précédemment, 76,5 % des personnes ont essayé d'arrêter seules et 24 % ont essayé un traitement médical. Les traitements envisagés sont, dans 58 % des cas, un traitement substitutif (Subutex® : 67 % des pharmacothérapies substitutives) et dans 54 % des cas un sevrage. Seulement 33 % des personnes interrogées ont bénéficié d'une psychothérapie associée ou non à une pharmacothérapie. Huit personnes sur dix déclarent souhaiter arrêter leur consommation de substances associées (opiacés 32 %, cannabis 24 %, alcool 16 %, etc.). Auparavant, 78,2 % ont essayé d'arrêter seules ces substances associées et 36,5 % ont essayé un traitement médical. Là encore, seulement 36 % des personnes ont bénéficié d'une psychothérapie.

Après un entretien dirigé, la proposition officielle d'orientation médicale est acceptée par 44,4 % des personnes et la proposition d'une orientation vers le dispositif spécialisé est acceptée par 37 % d'entre elles. Mais, si on leur demande ce qu'ils attendent en réalité, ils souhaitent dans 38,7 % des cas une aide, une écoute ou un soutien psychologique, dans 30 % des cas une aide médicale non spécialisée et dans 8,6 % des cas une aide médicale spécialisée.

Perception des officines

L'équipe officielle relève que 56,5 % des personnes interrogées par les investigateurs sont des clients fidèles de leur pharmacie. Pour 19,4 % des personnes consommatrices de Néocodion®, la vente s'accompagne parfois d'une délivrance de différents médicaments et dispositifs médicaux liés ou non à l'usage de drogues (kits de réduction des risques, seringues, médicaments codéinés, trithérapies antirétrovirales, etc.). Globalement, cette délivrance est perçue par les équipes pour 76,3 % de leurs clients comme relevant d'une auto-médication soit dans le cadre d'une auto-substitution soit dans le cadre d'une correction des signes de sevrage de la dépendance physique (palliatif). Les relations entre les clients considérés et les professionnels sont satisfaisantes, bonnes ou très bonnes dans 67,2 % des cas. La présence de tels usagers dans la clientèle n'est pas considérée comme une gêne dans 87,9 % des cas et 41,9 % des officinaux considèrent que ces personnes ont une situation autonome ou leur permettant d'assumer l'autonomie de leur famille ou qu'ils sont dans 14 % des cas en voie de réinsertion.

Discussion

La répartition des usagers de Néocodion® entre l'usage reconnu officiellement (25 %) et son détournement d'emploi (75 %) laisse à penser, eu égard aux différences de posologie et des rythmes d'administration entre les deux

groupes, que **plus de 97 % de la production de Néocodion® (comprimé adulte) est détournée de son emploi**. Si le risque d'induction de dépendance ne peut être mesuré en raison du faible échantillon étudié dans le groupe des usagers « antitussif », il apparaît cependant que **20 % des usagers de Néocodion® en dehors de son indication présentent une dépendance primaire à la codéïne** même si certains d'entre eux justifient cet usage en le situant en aval d'une consommation d'alcool, de cannabis ou de psychostimulants. Le sexe ratio et l'âge moyen mesurés dans cette enquête sont proches de ceux déclarés dans d'autres enquêtes nationales réalisées auprès des usagers de drogues. Cependant, **nous retrouvons l'existence d'une activité professionnelle déclarée pour la plus grande partie des personnes interrogées**, ce que ne confirment pas les enquêtes nationales réalisées via les consultations médicales (respectivement : 73 % et 24 %). Cette différence peut s'expliquer par l'existence de biais de recrutement ; les personnes les plus marginalisées faisant appel plus facilement aux prestations médicales et ce, dans la perspective d'aides sociales. Cependant, il est également possible que les personnes interrogées aient donné une image idéalisée de leur situation d'autant que les équipes officielles considèrent que seulement 41,9 % des personnes interrogées sont en situation d'assurer leur autonomie ou celle de leur famille. **L'usage avoué apparaît stable et maintenu dans le temps et la consommation principalement privée**. Le taux de réponse pour les usages associés (97 % parmi les personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire sur le détournement d'emploi) est élevé et révèle une qualité de la relation entre l'investigateur et le client. Cependant, les consommations associées et plus particulièrement l'usage d'héroïne par voie intraveineuse paraît faible (16 à 17 %) pour un professionnel de la toxicomanie qui reçoit régulièrement des sujets dépendants majeurs à l'héroïne. Mais alors que 68,7 % des usagers de Néocodion® ont initié leur consommation opiacée par un agoniste fort, faible ou partiel, seulement 27 % de ces personnes prolongent cette consommation associée au Néocodion®. Ainsi, **dans cette sous-population, le Néocodion® apparaît comme une aide à la gestion de leur consommation d'opiacés agonistes forts ou partiels**.

De façon plus inattendue, d'autres circonstances de consommation sont évoquées par les usagers. Il s'agit essentiellement d'une **consommation à des fins de gestion des « descentes » de cocaïne ou d'ecstasy mais aussi plus fréquemment d'aide à la gestion de l'usage d'alcool et/ou de cannabis**. Pas plus que dans la dépendance aux opiacés, le Néocodion® n'a montré son efficacité dans ces situations. Cependant, si l'usage dans le cadre de la dépendance aux opiacés s'explique d'un point de vue pharmacologique, ces usages inattendus peuvent confirmer l'existence de co-dépendance ou de dépendance alternante. Quoi qu'il en soit, même si pour certaines de ces situations, il existe des modalités thérapeutiques validées souvent limitées dans leur efficacité (alcoolodépendance et tabacodépendance), il nous faut reconnaître notre impuissance à proposer aujourd'hui des réponses circonstanciées alternatives au Néocodion® en matière de dépendance au cannabis ou de correction des signes de détresse au cours des crises cocaïniques.

Conclusion

En officine, l'usager du Néocodion®, est en général un homme jeune, inséré professionnellement. Il justifie sa consommation à des fins de correction des signes de manque à l'arrêt de sa consommation d'autres opiacés ou à des fins de substitution de maintien. Par delà ce cliché, les résultats obtenus permettent de relativiser les données issues des cabinets médicaux se rapportant au statut social des personnes et de découvrir des usages bien plus diversifiés et beaucoup moins marginalisants que ceux décrits précédemment. Il se peut que cette diversification relève du processus d'amplification des polytoxicomanies, mais il est vraisemblable également que de nouveaux usages du Néocodion®, dans le cadre d'une automédication, voient le jour. Ainsi, d'autres enquêtes sur ces usages permettraient de mieux cerner ce qui relève d'une polytoxicomanie ou co-dépendance, de dépendance alternante ou d'une médication palliative.

Le détournement d'emploi du Néocodion® existe depuis de nombreuses années et en dépit d'une diminution de la demande secondaire au développement des traitements substitutifs médicalisés de la dépendance aux opiacés, ce phénomène reste d'actualité. Si les usagers acceptent volontiers une orientation médicale, ils sont cependant peu nombreux à la solliciter. Dans ce contexte, il importe que le pharmacien fasse une proposition d'orientation et, dans

l'attente d'études médicales sur les bénéfices et les risques de cet usage, qu'il la réitère en vue de mettre à profit les moments opportuns sans pour autant rompre la relation de confiance qui semble déjà exister.

Les résultats obtenus, bien que parcellaires, soulignent la nécessité, d'une part de s'appuyer sur un réseau de pharmacies sentinelles en vue de mieux cerner la diversité des attentes des personnes dépendantes pour mieux répondre à leurs demandes et, d'autre part, de développer d'autres modalités complémentaires d'observation.

Repères méthodologiques

L'enquête a été réalisée sur une période de quatre mois. Elle a été proposée à 120 pharmacies d'officine réparties sur Paris et sa région. Après formation à la Faculté de Pharmacie, les investigateurs (étudiants en 6^{ème} année de pharmacie, option officine) ont rejoint les équipes officinales où ils ont exercé à temps plein. L'enquête repose sur l'emploi d'un questionnaire permettant un entretien dirigé entre l'investigateur et tout client achetant du Néocodion® quels que soient sa forme et son dosage. Le questionnaire envisage l'usage du Néocodion® en tant qu'antitussif et dans son détournement d'emploi. Dans le premier cas, certains items permettaient de rattacher l'usage tel qu'énoncé par le client à un éventuel détournement d'emploi. Dans le deuxième cas, l'usage avoué en dehors de l'indication du médicament permettait d'approcher les caractéristiques de la population, la typologie de sa consommation et la nature de sa relation antérieure ou de ses attentes en rapport avec le dispositif sanitaire. Enfin le questionnaire comprend une partie destinée à mesurer l'opinion de l'équipe officinale sur le client interrogé.

Après enquête, une étape de validation et de codage des questionnaires en présence du comité de pilotage (*) et de certains investigateurs a été effectuée avant saisie informatique. Le traitement et l'analyse statistique descriptive ont été réalisés par le département de biostatistiques et d'information médicale du CHU du Bocage à Dijon.

Pour en savoir plus :

- PEREIRA (E.), BEAUVIERE (P.), BOUCHEZ (J.), SILVESTRE (J.), JACQUOT (C.), FOURNIER (G.), *Les officinaux et les toxicomanes, Les Nouvelles Pharmaceutiques, bulletin du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, 1997 ; 357: 520 - 525.*
- DELAROZIERE (J.-C.), SAN MARCO (J.-L.), THIRION (X.) et al, *Observation des produits illicites ou détournés de leur usage médicamenteux. Une enquête multicentrique, Thérapie, 1996 ; 51: 586 - 598.*

Principaux résultats de l'enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringue une semaine donnée (30/04/98-05/05/98)

*J. Emmanuelli, **M. Valenciano, ***F. Lert

Les diverses études réalisées en France et dans d'autres pays montrent la persistance de pratiques de partage des seringues, soit en raison des difficultés d'accès, soit en relation avec la situation lors de l'injection (injection dans des lieux publics, participation de plusieurs personnes, injection avec un partenaire sexuel ou un proche, préparation commune du produit à injecter, etc.). De plus, si les données de prévalence de l'infection VIH chez les usagers de drogues laissent penser que l'incidence des nouvelles contaminations diminue, la transmission du VHC reste préoccupante en raison du niveau élevé de la prévalence, de la précocité de la contamination dans la carrière des usagers, et de la plus grande infectiosité du virus (eau, récipient et filtre étant des vecteurs potentiels).

Les programmes d'échange de seringues constituent des services de première ligne dans le cadre de la stratégie de réduction des risques. L'enquête menée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, qui devra être répétée à intervalle régulier, décrit la clientèle ayant recours à ces structures. Elle s'intéresse à leurs pratiques à risques et à l'identification de leurs déterminants. Elle devrait permettre d'ajuster et de compléter les stratégies de prévention et d'accès aux soins.

Les résultats présentés ici ne concernent que les usagers injecteurs, fréquentant les programmes d'échange de seringues (bus, boutiques, local fixe ou travail de rue), structures de prévention très inégalement réparties sur le territoire qui ne représentent qu'environ 10 % de l'approvisionnement en seringues des usagers de drogues par voie intraveineuse (principalement assuré par les officines). On observe des similitudes des données socio-démographiques et des prévalences déclarées vis-à-vis du VIH, VHB, et VHC de cette population avec celle d'autres enquêtes¹¹⁸. Il est cependant possible que les usagers des programmes d'échange de seringues diffèrent des autres usagers de drogues par voie intraveineuse en ce qui concerne d'autres caractéristiques, comme les troubles psychologiques ou les produits consommés.

Caractéristiques des sujets et produits consommés

Les sujets étaient en moyenne âgés de 30 ans, consommaient des drogues depuis 11 ans, et étaient de sexe masculin à 74 %. La proportion de sans domicile « fixe » (hôtel, institutions, rue) s'élevait à 37 %. Ils étaient 19 % à travailler et 45 % d'entre eux touchaient le RMI. Un peu plus de la moitié des sujets fréquentait le programme d'échange de seringues depuis plus d'un an. Par ailleurs, 62 % ont déclaré des antécédents d'incarcération. Parmi ces derniers, 19 % disaient avoir eu recours à l'injection par voie intraveineuse durant leur détention.

Le Subutex® a été consommé au cours du mois précédant l'enquête, selon les déclarations, par 73 % des sujets, en injection quotidienne pour la moitié d'entre eux. 50 % des sujets déclaraient avoir consommé de l'héroïne, 47 % de la

* Médecin épidémiologue à l'IVS (ex RNSP)

** Médecin épidémiologue

*** Directeur de recherche de l'INSERM U-88

¹¹⁸ Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite (IREP, 1996), enquête sur les infections à VIH et VHC et mortalité chez les résidents des CSST avec hébergement, (CESES, 2^e semestre 1996), enquête du mois de novembre (SESI, 1996).

cocaïne, 47 % des benzodiazépines, 24 % des dérivés de sulfate de morphine, 20 % d'autres médicaments, 16 % du crack et 14 % de la méthadone. 29 % des usagers de drogues participant à l'enquête ne rapportaient aucun usage de drogues illicites pendant cette période (autre que le cannabis, consommé par 84 % des répondants).

Profil des usagers

Une classification basée sur l'analyse factorielle de correspondance des variables d'usage (produits consommés, contexte de consommation) a permis d'individualiser 5 profils d'usagers et d'identifier les caractéristiques associées à ces profils :

- le groupe des usagers consommant préférentiellement du Subutex® (37 % des participants), caractérisé également par une toxicomanie plus récente, un faible usage des autres produits, une moindre fréquence d'injections, une situation sociale moins dégradée et étant plus souvent séronégatifs au VIH et au VHB ;
- le groupe des usagers consommant surtout de la cocaïne et de l'héroïne (20 %) ; aucune autre caractéristique n'est associée à ce deuxième groupe ;
- le groupe des usagers consommant plutôt des benzodiazépines et autres médicaments (19 %), plus souvent sans domicile fixe ;
- le groupe des usagers de dérivés de sulfate de morphine (18 %) consommant peu d'autres drogues, caractérisé par une toxicomanie plus ancienne, ignorant plus souvent leurs statuts sérologiques, recourant moins fréquemment aux soins spécialisés pour toxicomanes dans les 6 mois précédant l'enquête ;
- le groupe des usagers consommant simultanément de l'héroïne, de la cocaïne et du crack (6 %) également caractérisés par une fréquence d'injection quotidienne élevée et plus souvent sans domicile fixe.

Si ces 5 groupes se différencient en termes de comportement à risque, on observe qu'ils ne se distinguent ni par le sexe, ni par le fait d'avoir des enfants ni par leur statut vis-à-vis du VHC.

Les pratiques à risque

Parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels durant les six derniers mois, 60 % n'ont pas utilisé systématiquement le préservatif au cours de cette période.

Pour ce qui concerne les pratiques d'injection, 18 % des participants ont déclaré avoir partagé leur seringue et 71 % le reste du matériel d'injection (eau, coton, cuiller) dans le mois précédant l'enquête. Ces pratiques à risque liées à l'usage de drogues ne sont ni associées au nombre d'injections quotidiennes, ni à la situation sociale ni au statut sérologique vis-à-vis du VIH, du VHB, ou du VHC. En revanche, elles sont associées au type de produit consommé : les usagers consommant de l'héroïne ou de la cocaïne ont partagé les seringues et le reste du matériel significativement plus souvent que ceux consommant d'autres substances. Ces pratiques à risque sont d'autant plus fréquentes que le nombre de produits illicites consommés augmente. Elles sont également plus courantes chez les usagers âgés de moins de 26 ans par rapport aux usagers plus âgés (21 % contre 14 % pour le partage de la seringue, 76 % contre 69 % pour la mise en commun du reste du matériel).

Recours aux soins

Les trois quarts des usagers (76 %) ont eu recours aux soins pour leur toxicomanie (traitement de substitution médicalement prescrit, accueil en posture ou famille d'accueil, sevrage médical ou hospitalier) dans les six mois précédant l'enquête. Par ailleurs, 49,4 % d'entre eux ont tenté de « décrocher » seuls dans la même période, qu'ils aient ou non eu un contact avec le dispositif de soins. L'analyse bivariable de ces données permet de distinguer plus précisément trois catégories d'usagers :

- usagers sous traitement de substitution, ayant ou non eu recours à d'autres types de services (68 % des participants) et caractérisés par un meilleur statut social excepté pour les antécédents d'incarcération (ressources et domicile propre plus fréquent, prostitution moins fréquente), une moindre prise de risques concernant l'usage de drogues et les rapports sexuels, une meilleure connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis des VIH, VHB, VHC, une consommation comportant plus de médicaments et moins de drogues illicites ;
- usagers non substitués ayant eu recours à d'autres types de services (8 %), caractérisés par un statut social précaire, une plus grande propension au partage des seringues, ignorant plus souvent leur statut sérologique vis-à-vis des VIH, VHB, VHC, et consommant plus souvent des produits illicites ;
- usagers non substitués ne rapportant aucun contact avec d'autres types de services (24 %), aux caractéristiques proches des usagers du deuxième groupe sauf pour ce qui concerne l'utilisation du préservatif (plus fréquente) et les antécédents d'incarcération (moins fréquents).

Enfin, qu'il s'agisse des consommations, de recours aux soins ou de pratiques à risque, les situations locales apparaissent assez contrastées.

Conclusion :

En dépit des limites liées à la possible spécificité de la population fréquentant les programmes d'échange de seringues, on peut néanmoins tirer quelques conclusions :

- importance de la consommation de Subutex® par voie intraveineuse ;
- maintien d'un niveau élevé de rapports sexuels non protégés ;
- maintien de pratiques de partage occasionnel de la seringue ;
- maintien d'une proportion importante d'usagers mettant en commun le matériel d'injection autre que la seringue (eau, cotons, cuiller) ;
- pratiques à risque plus fréquentes chez les plus jeunes ;
- la population utilisant les produits de substitution se trouve dans une situation sanitaire et sociale meilleure que les autres usagers, sans qu'on sache si celle-ci est antérieure ou si elle en est le résultat.

Repères méthodologiques

En 1998, l'INSERM et les RNSP ont mené une enquête transversale auprès de 60 des 76 Programmes d'échange de seringues (PES) qui distribuent 94 % des 1,5 million de seringues annuellement fournies par les PES en France. Les usagers de drogues faisant une demande de seringues pour un usage personnel au cours de la semaine du 30/03/98 au 05/04/98 constituaient la population de l'étude. Le questionnaire utilisé pour cette enquête portait sur les caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogues, l'ancienneté de l'usage, les consommations de produits, les comportements à risque liés à l'usage intraveineux de drogues et aux rapports sexuels au cours du dernier mois, et les contacts avec le dispositif de soins pour leur toxicomanie dans les derniers six mois. Les usagers éligibles acceptant de participer à cette étude devaient remplir un questionnaire auto-administré ou passé avec l'aide d'un membre de l'équipe. L'analyse des données a été réalisée avec les logiciels EPI-INFO et SPAD. Deux catégories de pratiques à risque liées à l'injection ont été définies : le partage de seringue (combinant prêt et emprunt) et le partage du reste du matériel (eau, coton, cuiller) dans le dernier mois. Le risque sexuel correspondait à la non utilisation systématique de préservatifs lors des rapports sexuels dans les 6 derniers mois. Chaque PES a tenu un journal des passages dans la semaine de l'étude. Le taux de participation a été de 50 % (1 004 questionnaires).

Pour en savoir plus :

- EMMANUELLI (J.), LERT (F.), Enquête sur les usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, rapport OFDT, mars 1999.

Politiques et pratiques de soins en prison

**Marc Bessin*

Nous menons actuellement une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en prison et les rapports entre détenus, surveillants et professionnels de santé, ces derniers ne dépendant plus directement de l'administration pénitentiaire depuis la mise en œuvre de la loi de 1994. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré la problématique des soins administrés aux usagers de drogues incarcérés. Nous décrivons dans ce texte le fonctionnement concret de la prise en charge sanitaire sur les sites où nous avons pu mener nos observations, et plus particulièrement les politiques et les pratiques des services de soins en matière de toxicomanie.

La réforme de 1994 sur la santé en milieu carcéral (voir encadré) prolonge un processus de décloisonnement de la prison qui ouvre ses portes à de nouveaux partenaires. Elle s'est mise en œuvre dans un contexte plus général d'évolution rapide des pratiques de soins à l'égard des toxicomanes. C'est sur les conséquences concrètes de ces transformations sur les terrains étudiés que nous insisterons ici.

L'arrivée d'hospitaliers a, dans un premier temps, donné lieu à une cristallisation des positions de principe, où chacun s'est retranché dans la définition officielle de ses fonctions, ce qui a engendré des tensions parfois vives, notamment avec le personnel de surveillance. Appelés à se mettre en retrait dans les interactions entre soignants et détenus, les surveillants se sont souvent sentis rétrogradés dans une stricte tâche de garde et ont trouvé là une difficulté supplémentaire dans la mission de réinsertion affichée par l'administration pénitentiaire. Cependant, des compromis s'élaborent pour fonctionner malgré tout, le personnel soignant tente de dépasser les contraintes du milieu carcéral et d'effectuer une prise en charge « aménagée » qui puisse rester le plus possible en adéquation avec la déontologie médicale. La délimitation des rôles de chacun, parfois douloureusement vécue au début, semble finalement acceptée, malgré certaines attitudes persistantes qui relativisent notamment l'idée de secret médical en prison. Si l'indépendance par rapport à une logique pénitentiaire préserve désormais d'une instrumentalisation des soins à des fins sécuritaires, cette séparation est parfois problématique lorsque les consultations médicales soulignent, en fait, les effets pathogènes des conditions de vie en détention sans pouvoir agir dessus (hygiène, alimentation, violence, préservation de l'intimité, isolement familial, etc.). De même, les traitements et la continuité de soins, en maison d'arrêt, sont souvent remis en cause par l'instabilité et les mouvements permanents auxquels sont soumis les détenus. C'est ainsi qu'en l'absence d'informations, des équipes soignantes se retrouvent parfois à attendre un patient convoqué par ailleurs, libéré ou transféré.

Une rationalisation profonde de la prise en charge, l'importation de nouvelles techniques, le recours à l'écrit, un traitement plus égalitaire et une sélection des demandes de soins ont limité l'arbitraire des conditions d'accès aux soins, une écoute plus « éducative » des patients induisant une logique de « responsabilisation » des détenus face à leur santé. La distribution des médicaments en atteste : l'usage de la fiole (molécules diluées dans l'eau) est abandonné, une ordonnance accompagne généralement les traitements et les infirmiers donnent désormais en main propre les médicaments quotidiennement ou pour une semaine, selon les politiques du service et les substances.

Dans le cadre de l'intervention en toxicomanie, qui concerne potentiellement 15 à 20 % des détenus en maison d'arrêt (Haut Comité de Santé Publique), le renforcement des équipes médico-psychologiques qui en sont chargées a coïncidé avec la possibilité de mettre en œuvre une politique de réduction des risques. Les antennes toxicomanies ont intégré les SMPR, où travaillent souvent des professionnels spécialisés qui interviennent également dans les structures extérieures à la prison. Cette problématique prend une place moindre dans les établissements pour peine, alors qu'elle est centrale dans les maisons d'arrêt.

Chaque arrivant est systématiquement vu par tous les services, dont le SMPR qui pose la question d'éventuelles toxicomanies. Le suivi psychologique, qui est alors proposé, doit correspondre à une demande, et reste un palliatif pour la plupart des intervenants pour qui la prison n'est pas un lieu propice au traitement des toxicomanes. Considérant

souvent qu'un réel travail ne peut effectivement commencer qu'à la sortie, ils sont confrontés aux limites de continuité de leur action et à la volonté de beaucoup d'anciens détenus de rompre avec tout ce qui relève de la prison.

La substitution (essentiellement au Subutex®) tend à changer la problématique du sevrage, lorsque les psychiatres acceptent de la pratiquer – ce qui n'est pas le cas sur un des sites observés. Pour un des services étudiés, l'expérience acquise a permis d'infléchir les pratiques systématiques du début, consistant à substituer tout détenu se présentant comme dépendant. Parce que cette pratique ne correspondait plus forcément à un objectif thérapeutique, la méfiance des intervenants vis-à-vis d'une demande pressante les a incités à ne plus forcément répondre dans l'urgence et, souvent, à ne plus initier de traitement substitutif en prison.

Les détenus toxicomanes sont finalement encore fréquemment amenés à utiliser les différents moyens pour échapper au sevrage forcé, allant du trafic aux demandes médicamenteuses. En l'absence de politique commune définie entre l'UCSA et le SMPR, ces pratiques de « débrouillardise » qui se basent sur l'insuffisance de coopération et les différences de conceptions et d'expériences entre services sur ces questions, freinent les collaborations dans certains établissements. Ces pratiques ravivent également les différences de conceptions avec les personnels pénitentiaires, qui par exemple ne comprennent pas le désintérêt d'un soignant face au problème de trafic. On voit ainsi qu'un acte comme celui de distribuer du Subutex® répond à des logiques multiples (sécuritaire, thérapeutique, de soulagement, etc.) qui sont une source de conflit mais aussi d'ajustement. Un surveillant peut donc être très ambivalent face à la substitution, en dénonçant le risque de trafic tout en déplorant le désordre induit par un toxicomane en manque. Le refus infirmier de recevoir un patient, se plaignant de douleurs dentaires pour demander en fait des médicaments qui calmeraient un état de manque, peut ainsi être mal interprété (« ils refusent de soigner »), tant par le détenu que par le surveillant. De surcroît, celui-ci ne peut plus alors bénéficier de ce recours au service médical pour maintenir l'ordre perturbé en mettant à distance le fauteur de troubles.

Ce dernier exemple montre les limites d'un cloisonnement rigide des fonctions dans l'univers de la prison, où chacun ne peut exercer ses missions que dans l'ajustement et une étroite relation d'interdépendance avec les autres catégories de personnel.

La loi de janvier 1994 prévoit le transfert des services médicaux pénitentiaires au service public hospitalier et la protection sociale pour toute personne incarcérée. La prise en charge de la santé mentale, qui relevait déjà des centres hospitaliers spécialisés, là où il y avait un service médico-psychologique régional (SMPR), a été renforcée par l'ouverture de nouveaux services et la programmation de lits d'hospitalisation dans certaines prisons. Un hôpital général de proximité a été chargé dans tous les établissements d'organiser et de mettre en œuvre les soins somatiques au sein d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ainsi, toutes les prisons qui ne relèvent pas du programme 13000 (concessions privées) ont généralement passé convention avec deux établissements publics hospitaliers.

Repères méthodologiques

L'enquête ethnographique, financée par le GIP Mission de recherche « Droit et Justice », s'effectue actuellement sur deux sites (une maison d'arrêt et un centre de détention). Procédant par immersion dans les établissements étudiés, elle consiste à observer les activités dans les services médicaux et à effectuer des entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs de la prise en charge sanitaire en prison (détenus ; infirmiers, psychologues et médecins en UCSA et SMPR ; personnels pénitentiaires sociaux, de surveillance et de direction ; administration hospitalière ; services hospitaliers ; médecins inspecteurs, etc.). Une étude préliminaire avait donné lieu à un premier rapport de recherche.

* Sociologue, chargé de recherche au CNRS, GRS-Université Lyon II

Pour en savoir plus :

- BESSIN (M.), LECHIEU (M.-H.), ZELEM (M.-C.), CAMBON (L.), *Soigner en prison. Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire. Étude pilote sur deux sites, rapport de recherche au GIP Mission de recherche « Droit et Justice »*, GRS, mars 1997.
- BOUHNIEU (P.), TOUZÉ (S.), *Héroïne, Sida, prison. Trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille, Seine-Saint-Denis, rapport de recherche, ANRS-RESSCOM, 1996.*
- FACY (F.), *Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanies en 1994, INSERM-Unité U-302, 1996.*
- GENTILINI (M.) (dir.), *Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération, Paris, Flammarion, 1997.*
- *La santé en prison : un enjeu de santé publique, Revue française des affaires sociales, vol. 51, n° 1, janvier-mars 1997.*

Applications de la loi

Évaluation de l'injonction thérapeutique

**Michel Setbon*

Insérée dans la loi de 1970 qui incrimine l'usage de drogues illicites, l'injonction thérapeutique représente le dispositif légal permettant la prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés par les différents services de police. Même s'il ne s'agit là que d'une possibilité laissée à l'appréciation des procureurs de la République qui décident de suspendre les poursuites en contrepartie pour l'usager de drogues interpellé d'accepter l'orientation par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) vers une structure sanitaire, l'injonction thérapeutique s'affirme comme la justification sanitaire de l'interdiction de l'usage des drogues : elle objective la définition de l'usager de drogues comme un délinquant-malade, dont la maladie serait la cause et la délinquance (la consommation) la conséquence.

Après 25 années d'existence chaotique, l'injonction thérapeutique s'est vue, au fil des différentes circulaires, confirmée dans son statut de véritable programme sanitaire au sein de la politique de lutte contre la drogue. Cette confirmation formelle, souvent reconnue comme peu ou mal utilisée, suivant les tribunaux de grande instance, n'avait jamais, malgré quelques tentatives, été évaluée. Notre recherche évaluative, menée entre 1995 et 1997, visait à combler cette lacune à partir d'un échantillon représentatif de 25 tribunaux de grande instance sélectionnés sur le territoire métropolitain.

Résultats

La valeur de référence retenue pour évaluer l'injonction thérapeutique est l'effectivité, c'est-à-dire la capacité de chaque dispositif local à fournir au public des usagers de drogues pour lequel elle a été conçue la prise en charge sanitaire (ou sociale selon les cas) nécessitée par leur état, et ce, jusqu'à son terme. Ce n'est donc pas l'efficacité du traitement lui-même qui a été évaluée, mais la réalité de son accès, via le dispositif organisé par la loi. Il a été constaté que l'effectivité de l'injonction thérapeutique n'est pas le seul fait des procureurs de la République, mais qu'elle est déterminée tout au long du processus qui va de l'interpellation de l'usager de drogues à la « fin de l'injonction thérapeutique » : chacun des différents acteurs, services de police, magistrats, DDASS, et structures de prise en charge, détermine l'effectivité de l'injonction thérapeutique à travers une activité de sélection des usagers de drogues et sa capacité à réduire un phénomène de déperdition lors des multiples transit de ces usagers d'une institution à l'autre. En suivant ces étapes tant du point de vue qualitatif que quantitatif, il apparaît que la réduction continue des candidats potentiels à l'injonction thérapeutique au cours du processus aboutit à trois définitions successives de l'injonction thérapeutique, quantitativement différentes entre elles et distinctes des statistiques officielles : les injonctions décidées à la suite des interpellations des usagers de drogues et à travers les interactions entre les services de la sécurité publique et les parquets ; les injonctions thérapeutiques notifiées par le parquet ; les injonctions thérapeutiques terminées qui, elles, sont considérées comme étant les injonctions effectives.

Ainsi, en 1994, année de référence, sur un total de 3 848 injonctions thérapeutiques déclarées par l'ensemble des 25 tribunaux de grande instance composant notre échantillon, seules 1 266 ont été effectives, soit 33 %. Par rapport au nombre d'injonctions décidées (4 472), seules 28 % d'entre elles seront effectives, et par rapport à celui des injonctions notifiées, cette proportion s'élève à 41 %. A partir de notre échantillon de tribunaux de grande instance, on peut estimer à 2 500 le nombre d'injonctions effectives sur le total des 7 581 injonctions officiellement déclarées, alors que 45 178 usagers de drogues ont été interpellés.

En même temps, 15 de nos 25 tribunaux de grande instance se trouvent insérés dans des contextes locaux de stratégie de

** Chargé de recherche au CNRS, GAPP.*

lutte contre la drogue peu favorables à une distribution effective de l'injonction thérapeutique : largement orientée vers la répression du trafic et la recherche d'affaires, mais peu soucieuses d'interpeller les usagers de drogues, ou se contentant d'un simple avertissement après inscription en main courante sans convocation au Parquet.

Sur le plan qualitatif, l'injonction thérapeutique se présente comme un système où le niveau d'effectivité est déterminé par de multiples variables, système marqué par une absence quasi générale d'intégration. Par là, il faut entendre que face à la multiplicité des acteurs, à la diversité de leurs objectifs et à l'organisation séquentielle du processus, les logiques policières, judiciaires et sanitaires tendent à s'ignorer, ou même à se contredire, plutôt qu'à s'articuler. La faible visibilité dont dispose chaque acteur de l'ensemble du processus et de ses effets, accentués par une circulation des informations réduite au minimum, encourage chacun à satisfaire ses propres objectifs et enjeux professionnels, plutôt que de contribuer à rendre l'injonction effective. Il s'avère que l'objectif sanitaire se trouve le plus souvent neutralisé par l'objectif judiciaire, c'est-à-dire que la finalité de l'interpellation des usagers de drogues n'est pas, ou seulement de façon aléatoire, l'aide sanitaire et sociale programmée à travers l'injonction thérapeutique. En cela, les sources de défaillance sont nombreuses : soit une opposition farouche à l'injonction (rare et limitée à quelques procureurs), soit une incrédulité sur sa fonction (fréquente), soit encore une organisation inadaptée à la complexité du dispositif (fréquente).

Quant à l'objectif sanitaire lui-même visé par la prise en charge, il est peu clair, peu explicite et trop dépendant des structures de prise en charge présentes dans le périmètre du tribunal de grande instance : rarement préventif, souvent ouvertement non-curatif, plus souvent palliatif. Surtout, l'objectif sanitaire est posé a priori, au lieu d'être établi à partir d'un diagnostic individuel en fonction du produit, du niveau de dépendance, des conditions socio-économiques, etc..

Discussion

Avec un tiers des injonctions effectives, soit près de 5 % du total des usagers de drogues interpellés, le dispositif actuel organisé reste sans réel effet sur le problème public qu'est l'usage de drogues. La loi de 1970 s'en trouve fragilisée, puisqu'à la contestation de l'incrimination de l'usage vient s'ajouter l'inefficacité de l'injonction thérapeutique à assurer sa finalité sanitaire : la définition de l'usager de drogues dans la loi de 1970 comme délinquant-malade aboutissant dans les faits à récuser la plupart d'entre eux comme malades, soit parce qu'ils sont d'abord jugés délinquants, soit parce qu'ils sont considérés comme n'étant ni délinquant ni malade.

Dans ce sens, rendre l'injonction thérapeutique effective apparaît comme la condition du maintien de l'interdit de l'usage de drogues dont l'interpellation des usagers ne peut être que le moyen au service de l'objectif sanitaire final. Mais si l'amélioration de l'injonction apparaît nécessaire, on peut se demander si elle est encore possible et à quelles conditions. L'analyse des faits nous conduit, une fois reconnue la priorité de l'objectif sanitaire et son adaptation en fonction du diagnostic de l'usager de drogues, à proposer une modification essentielle du dispositif : l'introduction de l'objectif et de l'acteur sanitaire le plus en amont possible, à savoir lors de la décision de notification de l'injonction thérapeutique. En conséquence, rendre effective l'injonction thérapeutique passe par une remise en cause de l'hégémonie décisionnelle policière et judiciaire à travers une répartition équilibrée des pouvoirs avec les autorités sanitaires, condition d'une intégration des deux objectifs, judiciaire et sanitaire. Sans un tel changement conceptuel, accompagné des modifications organisationnelles conséquentes, la disparition de l'injonction thérapeutique apparaît programmée, rendant ainsi la loi de 1970 sans objet, car sans objectif.

Repères méthodologiques

La méthodologie adoptée, qualitative et quantitative, visait à tenir compte, 1) de la diversité largement constatée de distribution de l'injonction thérapeutique selon les tribunaux de grande instance ; 2) de notre hypothèse d'une relation entre les stratégies policières locales de lutte contre la drogue et la propension des procureurs de la République à utiliser l'injonction thérapeutique.

Quatre catégories de couples tribunaux de grande instance/DDASS ont été constituées à partir de deux variables tirées des données officielles départementales, la première figurant l'activité policière en matière de répression de l'usage, la seconde la distribution de l'injonction aux usagers interpellés. La catégorie A comprend 10 tribunaux caractérisés par une prévalence élevée d'usagers interpellés et un ratio bas d'injonction ; la catégorie B, 6 tribunaux marqués par une prévalence d'usagers interpellés élevée et un ratio d'injonction élevé ; la C, 6 tribunaux avec une prévalence basse d'usagers interpellés et un ratio élevé d'injonction ; la D, 3 tribunaux, avec une prévalence basse d'usagers interpellés et un ratio bas d'injonction.

Injonctions décidées : sauf en cas de déferrement systématique au Parquet cette décision est en général prise lorsque l'usager interpellé se trouve encore dans les locaux des services de police et résulte d'une consultation, la plupart du temps téléphonique, entre les services de police et le Parquet.

Injonction notifiée : une fois la décision de prononcer une injonction prise, les services de police remettent à l'usager une convocation les invitant à se rendre au tribunal de grande instance où leur sera notifiée l'injonction par un substitut du procureur.

Injonction déclarée : il s'agit du nombre d'injonctions fourni par chaque tribunal de grande instance aux services statistiques du ministère de la Justice.

Injonction effective : une fois l'injonction notifiée, l'usager doit prendre contact soit avec les services de la DDASS, soit dans certains cas, directement avec un centre spécialisé de soins en toxicomanie. Après orientation par la personne qui l'aura reçu, l'usager doit en général suivre un traitement d'une durée variable (entre un rendez-vous et un an). L'injonction est considérée comme effective si le traitement a été mené jusqu'à son terme.

Pour en savoir plus :

- SETBON (M.), *L'injonction thérapeutique, évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, CNRS, Groupe d'analyse des politiques publiques, mars 1998.

Les usagers de stupéfiants suivis par les comités de probation

* Laurence Simmat-Durand

Parmi les différentes obligations de soins de droit commun¹¹⁹, nous nous sommes intéressés à celle prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre du sursis mise à l'épreuve, assez souvent utilisée dans les condamnations pour usage et pourtant beaucoup moins connue que l'injonction thérapeutique. Cette obligation de soins présente des caractéristiques qui la différencie nettement de l'injonction thérapeutique. Tout d'abord, elle est imposée à l'issue du processus pénal dans le cadre d'une condamnation, quelle que soit l'infraction commise, contrairement à l'injonction thérapeutique qui ne peut être prononcée que pour des faits d'usage. Ensuite, elle est mise en œuvre par les comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL) sans intervention de la Direction des affaires sanitaires et sociales (DDASS) comme c'est le cas pour l'injonction.

Nous comparons ici un groupe d'usagers soumis à obligation de soins dans la région parisienne et en province.

L'ensemble des usagers de drogues suivis dans le cadre de ces obligations de soins ont été condamnés soit pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (usage, détention-acquisition, offre-cession, ou trafic), soit pour toute autre infraction (en pratique des vols ou escroqueries). Ils ont été suivis pendant plus de deux ans en moyenne par le comité de probation.

Groupe soumis à obligations de soins en région parisienne

Dans le groupe suivi dans la région parisienne, les profils moyens se différencient en fonction de l'infraction principale : les usagers condamnés dans une affaire de vol, de détention ou de trafic sont plus jeunes en moyenne (24 ans) que ceux condamnés pour usage seul (28 ans). Ces derniers ont en moyenne commencé leur consommation six ans avant leur condamnation, délai sans doute sous-estimé. Leur âge modal de début de consommation est de 20 ans. Les usagers simples sont plus tardivement condamnés que les personnes de la première catégorie en raison des classements sans suite successifs et des mesures d'injonction, dont les usagers font d'abord l'objet.

Les personnes des deux catégories (usagers simples et usagers ayant commis d'autres types de délits) se trouvent en très grande précarité et le sursis mise à l'épreuve apparaît comme une solution de dernier recours en termes de prise en charge sociale. Le pénal est alors une modalité de « gestion » de ces populations.

Dans les affaires de vol, 82 % des personnes suivies sont sans activités, la plupart célibataires et non indépendantes : seules 36 % ont un logement personnel. Leurs ressources moyennes sont de 3 200 francs, provenant principalement du RMI ou d'indemnités de chômage. L'observation de leurs trajectoires montre une succession de stages, contrats précaires et périodes de chômage. En bout de course, une fois leurs droits épuisés, le RMI vient prendre le relais.

Les situations des condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants sont encore plus précaires : 27 % d'entre eux n'ont pour seules ressources que le RMI ou l'AAH¹²⁰. Le poids de cette dernière allocation est l'expression de nombreux cas d'état de santé très dégradé sans espoir de réinsertion : sur 100 personnes pour lesquelles le dossier

sanitaire est complété, 42 présentent une pathologie lourde dont 24 contaminations par le VIH, 7 par les hépatites et 7 présentant une dépendance à l'alcool ou aux médicaments.

Au bilan, pour cette juridiction de la région parisienne, cette mesure d'obligation de soins s'apparente à un accompagnement d'une situation sociale et/ou médicale qui n'a guère de chance d'évoluer.

Groupe soumis à obligation de soins en province

Le groupe provincial présente un tableau très différent, même si la faiblesse de son effectif doit conduire à une certaine prudence. Dans la quasi-totalité des cas les mesures ne sont pas prononcées pour usage seul mais pour trafic ou détention-acquisition. Ces infractions plus graves nous ramènent au cas précédent d'une population plus jeune, en moyenne 24 ans, exclusivement masculine. Les situations sociales contrastent par contre avec celles du groupe de la région parisienne : 41 % sont mariés et 32 % ont des enfants. Les revenus proviennent d'une activité salariée ou d'allocations chômage ; le RMI est rare et l'AAH inexistante. L'état de santé de cette population est nettement moins dégradé (mais ils sont plus jeunes) et on observe moins souvent l'existence de suivi sanitaire déjà en place à l'arrivée dans le service.

Dans cette juridiction de province, la conception de la probation paraît tout autre qu'en région parisienne : elle semble avoir une visée préventive et s'applique à des personnes jeunes et relativement bien insérées. Elle ne constitue pas un dernier recours et apparaîtrait plutôt comme une étape.

En définitive, la mesure d'obligation de soins dans le cadre de la mise à l'épreuve peut s'analyser, pour cette juridiction, comme une double peine : elle s'ajoute à une peine d'emprisonnement ferme pour près de la moitié des probationnaires, alors même qu'une moitié a un casier judiciaire vierge avant cette condamnation. La rareté du recours à cette mesure est sans doute la conséquence du manque de structures adéquates de prises en charge dans le département considéré.

Repères méthodologiques

Les résultats exposés ici sont issus d'une enquête menée dans deux juridictions. Trois groupes d'usagers soumis à obligation de soins, en région parisienne pour infraction à la législation sur les stupéfiants (239 mesures) ou pour une autre infraction (87 mesures) et en province (22 mesures) ont été examinés, en utilisant simultanément toutes les sources de données disponibles : dossier pénal, dossier établi par la DDASS, bureau d'ordre pénal, dossier de probation, casier judiciaire. Le recueil obtenu permet de reconstituer des biographies satisfaisantes sur la durée de la probation et partielles sur les années précédentes.

Pour en savoir plus :

- SIMMAT-DURAND (L.), CESONI (M-L.), GOYAUX (N.), KLETZEN (A.), MARTINEAU (H.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins, la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998, (Études et données pénales), 504 p.
- SIMMAT-DURAND (L.), *L'obligation de soins, une pratique ambiguë*, in *Déviance et Société*.

* Maître de conférences à l'université François-Rabelais de Tours, chercheur au Cesdip.

¹¹⁹ Article L.132-45 alinéa 3 du nouveau Code pénal.

¹²⁰ Allocation adulte handicapé : elle est destinée à des personnes reconnues invalides et d'un montant un peu plus élevé que le RMI ; elle ne comporte aucune modalité de retour à l'emploi.

Classification des usagers de drogues illicites du point de vue de l'activité répressive des services de police

**Hélène Martineau*

L'examen des statistiques du ministère de l'Intérieur montre que les interpellations pour usage, et tout particulièrement celles pour usage de cannabis, sont majoritaires dans l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Mais lorsque l'on se penche sur la pratique des policiers, il apparaît que les catégories employées par ces statistiques – usagers, usagers-revendeurs, usagers suivant le produit ou l'âge – ne sont pas suffisantes pour rendre compte des stratégies mises en œuvre dans le cadre de la répression de l'usage de stupéfiants. À la distinction en termes de produits ou d'âge, on peut superposer une nouvelle classification des usagers plus pertinente du point de vue de l'activité des services de police.

Cinq catégories apparaissent, sans qu'il soit possible de chiffrer la part qu'occupe chacune d'entre elles dans l'ensemble de l'action répressive des services de sécurité publique :

L'usager - informateur

Il n'est pas interpellé (il ne fait donc pas l'objet d'une procédure) mais il renseigne les policiers sur le mode opératoire des dealers, les lieux et les horaires de vente, autant de renseignements nécessaires au démarrage d'une affaire. Plutôt que d'un informateur régulier, il semble s'agir d'un usager, déjà connu ou non des policiers, simplement abordé au cours d'une ronde dans un « secteur connu pour vente de stupéfiants ». On parle alors de « contrôles de routine ».

L'usager-délinquant (délit non lié aux stupéfiants)

Soit il est interpellé pour un autre délit (vol à la roulotte, cambriolage, etc.) et son activité d'usager est repérée après coup, soit l'usager est visé dans l'intervention de police et les faits révèlent qu'il est également auteurs de délits hors ILS**. Le plus souvent, ces délits feront l'objet d'une procédure incidente.

L'usager-délinquant contribue à créer le sentiment d'insécurité dans un quartier ce qui conduit les services de la sécurité publique à intervenir activement pour lutter contre cette délinquance. Par ailleurs, l'existence de délits hors ILS peut être utilisée comme moyen de négociation pour obtenir des renseignements au sujet du trafic.

Plus généralement, du fait de la liaison supposée entre toxicomanie et délinquance, réprimer l'usage de stupéfiants reviendrait, selon nos interlocuteurs, à réduire la délinquance et entrerait ainsi dans le cadre des missions « normales » d'un commissariat, en termes de sécurité publique.

L'usager-témoin

Lors d'une intervention de police d'envergure, qui vise, après des jours d'enquête, à appréhender les membres d'un trafic de stupéfiants, un certain nombre d'usagers sont interpellés, souvent avant le dealer, et mis en garde à vue. Leur témoignage est utile pour l'identification du vendeur. Ainsi l'usager, principale source d'information sur les réseaux et les vendeurs en place, peut devenir témoin et preuve dans une affaire de trafic.

L'usager interpellé dans une « opération stup » fait donc l'objet d'une procédure qui sert essentiellement à étayer l'infraction de trafic. Dans ce cas, la répression de l'usage n'est pas directement visée, l'objectif clairement affiché étant de « faire tomber le deal ».

Il s'agit sans aucun doute de la catégorie d'usagers la plus fréquemment mentionnée par les policiers rencontrés. Elle fait partie intégrante de la stratégie dominante de lutte contre le trafic, même de faible importance, l'usager étant le pivot de cette stratégie.

* Démographie, Université Paris V-René Descartes/CESDIP.

** ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants.

L'usager-simple consommateur

L'usager peut être appréhendé à la suite d'une « plainte » d'un particulier, l'objectif étant alors de répondre à l'émotion de l'opinion publique. Néanmoins, ces interventions étant souvent jugées inefficaces en terme de lutte anti-drogue, elles sont autant que possible évitées.

On relève encore des cas d'usagers interpellés lors d'un contrôle routier. Plus fréquemment, l'interpellation de l'usager fait suite à un contrôle d'identité, acte nécessaire pour effectuer la palpation de sécurité qui permettra éventuellement de découvrir des produits stupéfiants sur la personne appréhendée.

Dans ce cas, une procédure est établie mais l'usager ne fait pas forcément l'objet d'une garde à vue. Il est retenu dans les locaux de police pour les besoins de l'audition (au maximum 4 heures). Bien que n'agissant pas dans le cadre d'une « opération stup », les policiers tentent souvent, lors de l'audition de l'usager, d'obtenir des informations sur les vendeurs.

L'usager-revendeur

La catégorie de l'usager-revendeur est très difficile à cerner. Par définition, il s'agit d'un consommateur qui se livre aussi à la vente. Si cette dernière ne peut-être prouvée, il est d'usage de vérifier s'il détient une quantité de produits réservée à sa consommation personnelle.

D'une part, la distinction entre l'usager simple et l'usager-revendeur repose sur des critères assez subjectifs et soulève la question des seuils au-delà desquels un usager ne peut plus être considéré comme « simple ». D'autre part, elle peut faire l'objet de certaines négociations, en fonction des informations que l'usager est susceptible de donner.

Alors, plutôt usager, plutôt dealer ? Il s'agit certainement de la catégorie la plus litigieuse d'autant plus que l'enjeu est de taille : dans la suite du processus pénal, seul l'usager simple pourra bénéficier de l'injonction thérapeutique et ainsi échapper à toute poursuite s'il se soumet au traitement.

Au terme de cette enquête, il ressort que l'usager interpellé dans le cadre d'une « opération stup » est le seul à retenir toute l'attention des policiers alors que l'usager simple consommateur ne les intéresse pas, car il fait rarement l'objet de poursuites judiciaires et parce que le traitement qui lui est réservé est critiquable aux yeux des policiers que nous avons rencontrés. Nos interlocuteurs s'avèrent donc être en désaccord avec certains partisans de la pénalisation de l'usage pour qui l'interpellation permet aux usagers d'entrer en contact avec le système sanitaire et social.

Repères méthodologiques

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large effectuée dans le cadre d'une convention avec le CNRS (Programme Santé et Société), sous la direction de Laurence Simmat-Durand.

L'enquête s'est déroulée en 1997, dans deux commissariats de sécurité publique des Hauts-de-Seine ainsi qu'au niveau de la brigade spécialisée de la sûreté départementale. Elle présente un caractère largement exploratoire, car il est très difficile à l'heure actuelle de dire dans quelle mesure les éventuelles spécificités de ce terrain d'enquête ont influencé les résultats.

Pour en savoir plus :

- MARTINEAU (H.), *La répression policière de l'usage de stupéfiants. Approche monographique, mémoire de DEA de Sociologie, Université de Paris V, septembre 1998.*
- SIMMAT-DURAND (L.) (dir.), CESONI (M-L.), GOYAUX (N.), KLETZLEN (A.) et MARTINEAU (H.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970, Guyancourt, CESDIP, 1998 (Études et données pénales, n°77).*
- SETBON (M.), *Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage, Revue Française de Sciences Politiques, vol.45, n°5, oct. 1995, pp.747-774.*

Prévention

Les Comités d'Environnement Social

*R. Ballion

Le dispositif

Les Comités d'environnement social (CES) sont un dispositif mis en place en 1990 dans les établissements scolaires pour organiser les actions de prévention en faveur des élèves, en sollicitant l'ensemble des acteurs de la communauté éducative : professionnels, élèves, familles et les acteurs sociaux, qui, dans l'environnement, ont affaire directement aux jeunes.

Ce dispositif traduit une double évolution de la politique de prévention dans le système éducatif. Antérieurement, à cette date, on peut caractériser cette démarche de prévention, qui se met en place avec les « clubs santé » (1973), se précise avec la notion « d'adultes-relais » en 1983 et, deux ans plus tard, celle « d'équipe-relais », comme centrée sur les problèmes de santé et prioritairement sur la lutte contre la toxicomanie. Cette approche reposait sur l'implication des professionnels compétents dans cette prise en charge, au premier chef les personnels de santé de l'Éducation nationale. À cette conception, privilégiant l'approche médicale et l'engagement des spécialistes, succède, avec les CES, une autre orientation qui traduit une double ouverture, d'une part sur les difficultés rencontrées par le jeune qu'elles soient médicales, sociales ou scolaires, de l'autre, sur les adultes sollicités pour cette action de prévention.

Cette structure a vu ses objectifs s'élargir en 1993. A la prévention de la toxicomanie et des conduites à risques se sont ajoutées des missions plus larges : « le suivi des jeunes dans et hors de l'école » et « la recherche des solutions aux problèmes de santé dans le cadre d'une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes » (circulaire du 25 février 1993). Ce processus d'élargissement est entériné en 1998 (circulaire de juillet 1998) par la transformation des Comités d'environnement social qui se muent en Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Les responsables locaux de l'Éducation nationale sont invités à généraliser, par une « stratégie volontariste », ce dispositif de prévention dont la mission est de fédérer dans et hors de l'établissement, tout ce qui se fait en faveur des jeunes.

L'effectivité de la mise en place

Les CES sont implantés dans les établissements secondaires ; ils intègrent parfois dans le cadre d'un CES commun à plusieurs établissements, des écoles primaires. En 1996-1997, seuls 28 % des établissements publics du second degré disposaient d'un CES. Les collèges représentaient 63 % de l'ensemble de ces établissements (1 498 collèges), les lycées professionnels 16,3 % (387 établissements) et les lycées d'enseignement général et technologique 20,7 % (491 établissements). 85,7 % des établissements classés « sensibles » avaient un CES ainsi que 43 % des établissements en ZEP.

Parmi les CES « existants », un certain nombre n'ont pas d'existence réelle et sont restés à l'état de « papier », ou de « mise en sommeil ». Seuls 70 % d'entre eux sont réellement en état d'activité.

Quand il est mis en place, le CES est jugé majoritairement comme une innovation organisationnelle malgré certaines insuffisances auxquelles il conviendrait de remédier.

Une organisation intéressante

Un degré élevé de satisfaction de la part des responsables du dispositif.

En effet, ceux-ci estiment, pour 79 % d'entre eux, « Très satisfaisant » (18 %) et « Satisfaisant sans plus » (61 %) les effets

engendrés par le fonctionnement du CES. Les effets positifs attribués au fonctionnement du CES portent avant tout sur trois points : l'évolution des mentalités, les changements dans les relations adultes-élèves et le développement chez ces derniers de conduite de participation, de prise de responsabilité.

Un dispositif très souple dont les formes oscillent entre deux modèles.

Le premier modèle est celui d'un petit groupe de personnes, constituant une commission interne à l'établissement qui, selon les actions menées, établit des relations avec des partenaires externes (40 % des CES s'y réfèrent). Le second modèle prend la forme d'une grande assemblée réunissant, plus ou moins épisodiquement, les représentants d'un ou plusieurs établissements et des partenaires (58 % des établissements). Le fonctionnement du CES est optimisé lorsqu'il conjugue les deux formes. Une assemblée large dont est issu un groupe de pilotage et des commissions de travail (47 % des établissements).

Un champ d'action plus ou moins ouvert.

Le fonctionnement des CES révèle les différents paliers qui marquent l'élargissement de leur domaine d'action : de la limitation à la seule prise en compte des conduites à risque, jusqu'à l'approche éducative globale.

Un éventail très ouvert d'objectifs.

Quatre objectifs d'action viennent très largement en tête : il s'agit des problèmes liés à la sexualité (Sida, MST, grossesse),

Les établissements voient plutôt dans leur C.E.S. :	
Un dispositif pour prendre en compte la prévention des conduites à risque (drogue, violence, suicide, etc.).....	34 %
Un dispositif pour prendre en compte tous les problèmes de santé et sociaux des jeunes.....	31 %
Un dispositif pour faciliter une prise en charge éducative globale de l'élève.....	35 %

Des établissements plus ou moins exposés aux risques. Collèges et lycées se partagent en trois groupes quant à l'appréciation qu'ils font de l'état de la gravité des difficultés qu'ils ont à gérer :

Les établissements :	
Mettent en œuvre, par la création du CES, une stratégie réactive pour pallier les difficultés auxquelles ils sont confrontés.....	30 %
Ont pour objectif d'éviter le développement de difficultés qui, si elles n'étaient pas jugulées, les feraient passer dans la situation du groupe précédent.....	25 %
Se situent nettement dans une position de prévention sans qu'ils soient réellement confrontés à des difficultés.....	46 %

de la violence entre élèves, de la consommation de drogues illicites et du tabagisme. À côté de la prévention des conduites à risque, l'on trouve les problèmes liés à la précarité et ceux rattachés à la scolarité. Ainsi, 62 % des établissements disent prendre en compte, par l'activité des CES, des problèmes d'hygiène et de malnutrition, 58 % ceux relevant de l'échec scolaire et 56 % la question de l'absentéisme

Limites et insuffisances

Un partenariat à améliorer.

Les établissements portent un jugement nuancé sur les relations établies avec les partenaires extérieurs. Ils estiment, dans l'ensemble, que ces relations, lorsqu'elles existent, sont satisfaisantes et jugent, à l'exception d'une minorité, qu'elles ne sont pas dégradées dans le temps. Néanmoins, une minorité d'établissements émettent des réserves quant à la qualité de ces relations. De plus, près de la moitié des responsables de CES interrogés ont une conception du partenariat que l'on

peut qualifier de purement instrumentale.

Les établissements estiment « tout à fait vrai » et « plutôt vrai » que :

Certains partenaires de l'établissement voient avec réticences la mise en place du CES car cela leur paraît empiéter sur leur domaine d'intervention.....	14 %
Certains d'entre eux admettent mal que l'Education nationale ait la maîtrise du fonctionnement de ce dispositif.....	17 %
Certains d'entre eux ont des motivations qui ne répondent pas aux besoins des élèves mais à leurs propres intérêts.....	24 %
Les partenaires de l'établissement sont de simples pourvoyeurs de ressources (services, conférences, etc.).....	46 %

Cette tendance à affirmer l'hégémonie de l'école sur son environnement, qui ne facilite pas l'établissement de relations de vraie collaboration, se retrouve lorsqu'on demande à quels besoins correspond l'objectif d'ouvrir l'école sur l'extérieur :

Les établissements répondent

Tirer de l'extérieur ce dont l'école a besoin.....	67 %
Permettre à l'école de prendre en main ce qui se fait globalement pour le jeune.....	66 %

Des difficultés et des carences.

Du côté des responsables, quatre ordres de difficultés liées au fonctionnement du dispositif sont prioritairement mis en avant : la surcharge des tâches, le manque de disponibilité, les difficultés d'horaire et la faiblesse de mobilisation des adultes dans les établissements.

Une des carences les plus notables que notre analyse a dégagée concerne la participation des élèves. Le dispositif est mis en place pour répondre à leurs besoins, leur implication dans la structure est jugée indispensable dans les textes de mise en place et d'accompagnement ; or, 40 % des CES fonctionnent sans élève.

Il faut noter aussi les insuffisances touchant à la « visibilité » interne du dispositif, puisque dans 32 % des établissements, il est reconnu que la majorité des enseignants ignorent l'existence du Comité d'environnement social et ne sont pas au courant des actions menées. Pour les élèves, la situation est encore moins brillante, puisqu'il n'y a que 8 % des établissements qui pensent que la grande majorité des élèves ont connaissance de l'existence du CES, même si 56 % d'entre eux pensent que les élèves sont au courant des actions menées sans nécessairement les rapporter à l'existence du CES.

Pour en savoir plus :

- Circulaire n°83-287 du 27 juillet 1983 relative à la politique de prévention du ministère de l'Education nationale en matière de lutte contre les toxicomanies.
- Circulaire n°85-118 du 26 mars 1985 relative à la lutte contre les toxicomanies et les conduites déviantes. Politique de prévention du ministère de l'Éducation nationale.
- Lettre du 22 octobre 1990 relative à la prévention des toxicomanies et conduites à risque : mise en place des Comités d'environnement social.
- Circulaire n°93-137 du 25 février 1993 relative au développement des Comités d'environnement social.
- Une nouvelle politique de prévention, B.O n°35, 29 septembre 1994.
- Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires, ministère de l'Éducation nationale. DGLDT.
- Repères pour la prévention des conduites à risque à l'école élémentaire, ministère de l'Éducation nationale. DGLDT.
- Bilan des comités d'environnement social - Synthèse nationale - Année scolaire 1996-1997, ministère de l'Éducation nationale (DESCO B4).
- La lutte contre la drogue à l'école et dans la cité. Toulouse - Université d'Eté. 1994.
- KARSENTY (M.), Étude sur les Comités d'environnement social, Paris, INRP, 1995.

Repères méthodologiques

Cette étude a été réalisée en 1996-1997. Elle comprend les éléments de méthode suivants :

Une enquête qualitative par interview de chefs d'établissements, d'infirmières, d'assistantes sociales, de médecins scolaires, de conseillers techniques des recteurs. Les établissements ont été choisis de manière à inclure les trois types d'établissements secondaires : collèges, lycée professionnel et lycée d'enseignement général et technologique et à constituer un échantillon contrasté en fonction de la situation géographique (ville, banlieue, milieu rural) et des descripteurs (caractéristiques de la population d'élèves, établissements en Z.E.P, classés « sensibles », résultats aux examens) qui permettent de constituer une typologie socio-culturelle et scolaire des établissements.

Une étude documentaire réalisée en dépouillant les documents concernant les Comités d'environnement social provenant des établissements, des groupes de pilotage académiques et de l'administration centrale.

Une enquête par questionnaire adressée aux établissements, réalisée dans 9 académies. Celles-ci ont été choisies de manière à constituer un échantillon de zones géographiques représentatif du développement différencié des Comités d'environnement social. Cinq cents établissements ont été interrogés, 287 établissements ont répondu (N=287). Le taux de réponse est donc de 57,4 %.

Les éléments d'appréciation sur le fonctionnement des CES relèvent donc, principalement, des perceptions des acteurs engagés dans ce dispositif.

Les politiques locales en matière de problèmes liés aux drogues

**Michel Joubert*

Une recherche et plusieurs travaux d'études effectués de 1996 à 1998 permettent de se faire une idée de la place occupée aujourd'hui par les problèmes de drogues au sein des politiques locales.

Le cadre administratif et politique : une mission investie par les communes directement confrontées aux problèmes liés aux drogues.

Les problèmes de toxicomanie, de la même manière qu'une grande partie des problèmes de santé ne font pas partie des compétences dévolues aux collectivités territoriales par les lois de décentralisation. Cela ne les empêche pas de pouvoir engager des actions. Ce caractère facultatif, doublé pendant longtemps du sentiment que de telles questions étaient bien du ressort de l'État, compte tenu du malaise ressenti à en reconnaître l'incidence locale sur un plan politique, ont contribué à rendre jusqu'au milieu des années 1980 les engagements municipaux extrêmement rares. La polarisation, déclinée de la loi de 1970, entre un dispositif de soins et des actions de répression était considérée alors comme suffisante pour couvrir les besoins.

Plusieurs étapes peuvent être distinguées dans l'intégration des questions de toxicomanie dans les politiques locales ; étapes dont on retrouve les traces aujourd'hui, compte tenu des inégalités de développement des engagements municipaux :

- *La mise en place des politiques de santé publique et de prévention de la délinquance* : dans un premier temps, certaines villes vont inscrire la toxicomanie dans le cadre de la redéfinition de leur politique de santé publique (réseau ville-santé, expériences de santé communautaire, mise en place de politiques de prévention et de promotion de la santé) ou dans celui des contrats d'action de prévention engagés dans les CCPD.
- *Le rôle déclencheur du Sida* : à la fin de l'année 85, l'engagement de l'État dans la lutte contre le Sida correspond à une nouvelle étape, avec des dispositifs incitatifs qui vont participer à la mobilisation de certaines municipalités jusqu'à la première moitié des années 1990. Beaucoup de villes qui n'avaient rien engagé sur la toxicomanie se lancent dans des dispositifs de travail sur le Sida, quitte à y intégrer des expériences en matière de prévention des toxicomanies.
- *Le rôle méthodologique joué par la politique de la ville* : durant cette même période, la politique de la ville va constituer un cadre pour « ouvrir » la réflexion et le partenariat sur les problèmes liés aux drogues, en facilitant la mise en place de réseaux, de groupes de réflexion inter-partenaires, de ponts entre les différentes composantes des « conduites à risque ».
- *Un mouvement de bascule après 1992* : la circulaire DGS de mars 1992, qui fait suite à l'évaluation nationale de l'activité des centres de soins, incite au « recentrage » des centres sur la « prise en charge » ; les engagements relatifs à la prévention devront rester marginaux avec des financements recherchés du côté des collectivités territoriales. Le double mouvement découlant de la loi de 1970 (soigner-réprimer) est remis au premier plan et se trouve complété par un volet prévention renvoyé aux collectivités locales et à l'école.

** Sociologue, Maître de conférence à l'université Paris VIII*

Un terrain d'expérimentation : le développement de réseaux de politique publique.

Au croisement de ces trois composantes de l'entrée des problèmes liés aux drogues dans les politiques locales, ce sont de nouvelles formes de coopération professionnelle qui vont s'expérimenter, court-circuitant souvent les dispositifs habituels (centres de soins) pour construire des coalitions préventives cherchant à appréhender le phénomène sur de nouvelles bases (effets de la précarisation, jeu de l'économie parallèle, approche territoriale, évolution des conduites à risque dans leurs liens avec les styles de vie, actions visant à réduire les risques liés à l'injection par voie intraveineuse).

Interactions, négociations, alliances : prévention et réduction des risques. Les villes ont joué un rôle non négligeable dans l'ancrage et la légitimation des politiques de réduction des risques (mouvement articulé à la prévention du Sida) : qu'elles aient initié, facilité ou se soient totalement engagées, un certain nombre d'entre elles (dont les trois étudiées en Seine-Saint-Denis) vont être le terrain d'un réajustement des référents et représentations relatifs à la toxicomanie : autour de l'implantation des distributeurs de kits Steribox, de l'action des équipes effectuant l'échange des seringues, de l'ouverture de « boutiques » dites à bas seuil d'exigence, permettant à des usagers de drogues de retrouver une place dans la ville et un contact avec des intervenants ; mais aussi avec la mise en place d'actions santé auprès des jeunes sur les quartiers et de « points écoute » mis en place en lien avec la population et les acteurs locaux, ce sont de nouvelles alliances qui se créent, une nouvelle manière d'approcher les usages (prise en compte de la souffrance, des problématiques sociales, des logiques de vie) et les risques sanitaires et sociaux qui les accompagnent.

Des enjeux de coordination territoriale : cette ouverture vers de nouveaux acteurs introduit une conjoncture de réajustement des liens entre acteurs, avec en particulier un travail des centres de soins spécialisés pour se repositionner dans le champ des soins et de la réduction des risques (articulation de la substitution avec des politiques d'insertion et un travail local, travail avec les associations et les acteurs communaux). Les problèmes de coordination deviennent alors centraux : partage du territoire, recherche de complémentarités, graduation entre les différents niveaux de prévention. À côté des réseaux « officialisés », se mettent en place ce que nous avons appelé des « réseaux de fait », c'est-à-dire des alliances fortes entre personnes appartenant à différentes structures ou institutions qui inventent des coopérations centrées sur le public, qu'il s'agisse de prise en compte des premiers engagements dans les conduites à risque, de dispositifs souples de prise en charge des usagers actifs touchés par le VIH ou de travail de proximité. Les problèmes de coordination et d'implication concernent également le niveau départemental, avec l'engagement du Conseil général de Seine-Saint-Denis (création d'une Mission départementale de prévention des toxicomanies) qui va contribuer au développement des bases d'échange et de formation entre acteurs locaux.

La place stratégique du travail de proximité : ce point est central ; les politiques locales ont constitué un support pour le développement d'un travail « au plus près » des personnes localement concernées par les problèmes de drogues, qu'il s'agisse de prévention ou de réduction des risques (Korf, Riper, 1998). C'est une nouvelle orientation de l'action de terrain de première ligne qui doit constamment travailler à sa légitimation (au regard des élus locaux comme des DDASS, de la police et des autres acteurs de terrain présents sur les quartiers : clubs de prévention, travailleurs sociaux).

Une grande hétérogénéité : les grands types de politiques locales.

Cette tendance identifiée sur un département comporte de grandes variations d'une commune à l'autre et ne se retrouve pas non plus de la même manière pour les autres grandes villes françaises. Une étude effectuée par RESSCOM (Joubert, Bertolotto, 1998) fait apparaître plusieurs orientations majeures :

– *un positionnement centré sur la prévention primaire :* Il s'agit de villes ayant moins pris en compte que d'autres la conjoncture créée par le développement du Sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, soit que la présence locale de cette problématique soit considérée comme faible, soit que les villes pensent que cette question ne

relève pas de leur champ de compétence. Les actions de prévention primaire (interventions dans les écoles, information généraliste) associées avec un soutien aux centres de soins constituent la base de la politique locale.

– *l'intégration dans une dynamique de santé publique :* l'orientation vise alors à intégrer les problèmes de Sida et de toxicomanie au sein d'une stratégie plus globale d'appréhension des risques dans le champ de la santé. Pour les consommations de produits licites et illicites, l'approche adoptée se propose souvent d'articuler la coordination des acteurs (réseaux), les soins (soutien aux unités de soins), la formation avec des actions de prévention primaire centrées sur l'information sanitaire. On trouve des actions fortes autour de l'alcoolisme, présenté comme une priorité de santé publique relevant du champ des toxicomanies. L'articulation avec la politique de la ville est plus forte ici qu'ailleurs. Les réseaux accordent une grande place aux associations (Sida, réduction des risques, prévention, etc.). Cette politique s'adresse à l'ensemble de la population, mais aussi aux professionnels sanitaires et sociaux qu'il s'agit de former à la démarche de santé publique. Plus de 80 % des villes déclarent travailler à former des acteurs et des relais pour la prévention des toxicomanies ainsi qu'au développement des liens entre ces acteurs et les professionnels spécialisés.

– *Les stratégies locales de réduction des risques :* à partir d'une mobilisation explicite en direction des publics plus vulnérables, tant sur le plan du Sida que de la toxicomanie, avec pendant longtemps en ligne de mire la population des « injecteurs », plus particulièrement exposée à la contamination par le VIH et le VHC. L'approche reste orientée sur la « santé publique » dans le sens où il s'agit de mettre en place une politique visant à protéger cette population du risque sanitaire particulier lié à l'injection. L'approche de l'« objet hybride Sida-toxicomanie » (Lovell, Féroni, 1998) suppose un cadre politique minimum, et des partenaires de terrain, de type associatif ; elle s'appuie sur deux grandes méthodes (Bach, 1994) :

le développement de dispositifs permettant d'assurer l'approvisionnement des usagers en seringues stériles (réseaux de pharmaciens vendant les kits Stéribox®, programmes d'échange de seringues effectués par des équipes travaillant dans la rue ou utilisant des dispositifs mobiles, distributeurs automatiques assurant la récupération des seringues usagées, etc.).

la mise en place d'une politique de substitution visant à assurer la stabilisation de la situation des usagers à travers le passage à un produit de substitution à l'héroïne (centres ou unités assurant la prescription de méthadone, travail avec les médecins pour la prescription de Subutex®) susceptible de conduire à l'arrêt du recours à l'injection et la prévention de la marginalisation (capacité recouverte des personnes à reprendre des démarches, arrêt des activités illicites).

Ces dispositifs qui relèvent de l'engagement de l'État via les DDASS n'ont pu se mettre en place d'une manière cohérente et efficace que quand la ville a été partie prenante et, avec elle, les réseaux des intervenants de proximité (association, réseaux intégrant des médecins de quartier, centres de soins).

– *L'accent porté sur le souci de cohésion sociale et de sécurité :* Cette orientation revient à faire le choix de traiter ces questions au niveau des dispositifs déjà existants de prévention et de soins. La cohésion sociale est comprise comme la capacité des acteurs de la ville à agir sur tous les fronts : éducation, prévention de la délinquance, information générale et santé. Elle croise une certaine résistance à une orientation qui serait trop marquée du côté de la réduction des risques, même si les supports de cette dernière peuvent parfois être mis en place. Les phénomènes sont considérés comme le symptôme d'un dysfonctionnement social plus global qui vient déstabiliser l'équilibre local. La légitimité de l'intervention s'inscrit donc dans un champ plus large que le champ sanitaire qui intègre le volet social (solidarité, prise en charge sociale pour les usagers de drogues marginalisés) et le volet sécuritaire (lien établi avec la prévention de la délinquance).

– *Des orientations de type communautaire :* elles supposent que l'accent soit principalement mis sur la mobilisation et la participation des habitants, la formation et l'engagement de « relais », la nécessité d'aider la population (droits, accès aux soins, réduction des risques) et l'existence locale de ressources (acteurs de santé compétents, associations, centres

de soins désireux d'être partenaires). Plusieurs actions se combinent ici : le travail d'information auprès des publics à risque par le biais d'un travail de proximité (relais de prévention sur les quartiers, points écoute à l'initiative de groupes d'habitants) ; une mobilisation importante autour de la prise en charge des personnes malades du Sida (accès aux soins, réseaux, aide aux familles, insertion). Si on retrouve tous les niveaux de prévention, le point commun déclaré est la démarche communautaire avec la volonté de déboucher sur le développement d'une solidarité locale en direction des personnes touchées.

Repères méthodologiques

La recherche effectuée pour le ministère de la Recherche (M. Joubert et al. Villes et toxicomanies, 1998) s'est déroulée sur le département de Seine-Saint-Denis, en banlieue parisienne, sur une période de trois années. La situation et l'évolution des politiques territoriales ont été analysées au niveau départemental (stratégies déployées au niveau de la DDASS, du service de soins spécialisés et du Conseil général) et communal (trois communes plus particulièrement engagées ont fait l'objet d'une recherche approfondie). La plupart des acteurs engagés ont été interrogés, les données d'activité ont été recueillies, l'évolution des positions a pu être appréhendée dans le temps. L'enquête effectuée pour la ville de Marseille (M. Joubert et al. Les municipalités face au Sida et aux toxicomanies) est fondée sur une enquête par questionnaires menée auprès des villes de plus de 50 000 habitants (54 réponses soit près de la moitié) et une étude qualitative effectuée auprès de six villes.

Pour en savoir plus :

- BACH (B.), *Quelles stratégies locales pour une prévention des risques VIH chez les toxicomanes : guide méthodologique à l'usage des élus des collectivités territoriales - Document de travail, Journées du 29-30 septembre 1994, Paris, Forum européen pour la sécurité urbaine*, 50 p.
- GIBIER (L.), ROUAULT (T.), *Politiques locales et prévention en toxicomanie, Revue Documentaire Toxibase*, (1), 1-11, 1994.
- GUYOT (J.-C.), LAUDROYER (P.), *Santé publique et toxicomanie : un enjeu municipal (Le cas d'Alès en Cévennes), Sociologie Santé*, 16, 73-88, 1997.
- HUDEBINE (H.), *La réponse des autorités locales britanniques aux problèmes de santé en milieu urbain : l'exemple du Sida et de la toxicomanie à Londres, Prévenir*, 1997, 1, (31), 157-170.
- JOUBERT (M.) (dir), ALFONSI (G.), JACOB (E.), MOUGIN (C.), WEINBERGER (M.), *Villes et toxicomanies. Les réseaux de politique publique dans l'action locale sur les problèmes liés aux drogues, Grass, ministère de la Recherche*, 1998.
- JOUBERT (M.) (dir), BERTOLOTTI (F.), BOUHNIC (P.), VALETTE-VIALLARD (C.), *Les municipalités face au Sida et aux toxicomanies, RESSCOM, Ville de Marseille*, 1998.
- LE GALES (P.), THATCHER (M.) (dir), *Les réseaux de politique publique. Débat autour des policy networks, L'Harmattan*, 1995.
- LOVELL (A.), FERRONI (I.), *Sida-Toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille, in FASSIN (D.) (dir), Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales, La Découverte*, 1998, 203-238.
- KÖRFF (D.-J.), ROPER (H.) (ed), LEWIS (R.), GRANT (I.), JACOB (E.), MOUGIN (C.), *Outreach work among drug users in Europe : concepts, practice and terminology, OEDT*, 1998.
- LUCAS (B.), *La politique française en matière de drogue. La singularité du cas lyonnais. Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, 2, 75-95, 1996.

ANNEXES

- Annexe 1 : abus, usage nocif et dépendance, définitions (CIM10, DSMIV)
- Annexe 2 : le rapport du Pr Parquet
- Annexe 3 : le rapport du Pr Roques
- Annexe 4 : l'expertise collective INSERM sur l'ecstasy
- Annexe 5 : la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants

Abus, usage nocif et dépendance, définitions (CIM10, DSMIV)

Abus de substance psychoactive (DSMIV)

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- 1 – Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
- 2 – Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
- 3 – Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
- 4 – Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Utilisation nocive pour la santé (CIM10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance DSMIV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 – Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2 – Sevrage, comme en témoignent l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3 – Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- 4 – Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 – Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 – D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 – Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent).

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (items 1 et 2 absents).

Résumé du rapport du Pr PARQUET

Conformément au cahier des charges du comité scientifique dirigé par le Pr Parquet, tel qu'établi par le commanditaire, M^{me} Elisabeth Hubert, ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie au 5 octobre 1995, le rapport du Pr Parquet est un outil d'aide à la décision à l'adresse des décideurs et des acteurs de terrain, dans lequel est proposée une charpente conceptuelle de la **prévention des comportements relatifs à la consommation de l'ensemble** des substances psychoactives. Plusieurs considérations viennent justifier cette approche.

Une base de réflexion commune

Pendant longtemps, l'organisation de la prévention a reposé sur un schéma associant un comportement type à chaque produit – tels l'alcool et l'alcoolisme – et donc des messages spécifiques à chacune des substances. La mise en évidence de la similarité des mécanismes neurobiologiques et des caractéristiques cliniques des comportements dans les situations de dépendance aux différents produits psychoactifs a conduit la communauté scientifique à recentrer la problématique de dépendance sur les comportements de consommation et non plus sur les produits. Cette approche cible la personne et les dommages qu'elle encourt ou subit. Elle donne une **consistance interne** aux messages de prévention qui sont alors inscrits dans une politique globale de promotion de la santé. Elle offre une base de réflexion commune, **trans-sectorielle**, puisqu'elle « propose à l'observation, à l'analyse, à l'étude, des phénomènes observables, aisément **accessibles** et **définissables** » par les différents corps professionnels concernés.

L'approche par le comportement amène à faire une distinction entre l'usage, l'abus ou l'usage nocif et la dépendance, notions déjà introduites par les classifications internationales de référence : le DSM IV (1994) et la CIM 10 (1992) de l'OMS. Ces définitions soulignent la dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet. Le DSM IV traduit le fait que la dépendance aux produits psychoactifs n'est pas toujours déterminée par une dépendance physique : on observe aussi une dépendance psychologique. Il rend compte de la temporalité (de leur évolution dans le temps) des comportements d'usage des sujets.

Le rapport du Pr Parquet comprend une analyse critique des acquis scientifiques et des fondements développés dans la Communauté professionnelle et scientifique française et internationale. Les objectifs principaux et secondaires de la prévention y sont rappelés de même que les deux types de théories sous-tendant les mesures de prévention primaire : les théories développementales (portant sur le développement et le fonctionnement de la personnalité) et les théories basées sur les processus psychoaffectifs et sociaux. Un certain nombre de recommandations peuvent être tirées de cette analyse.

Stratégies de prévention

Le Pr Henrion a démontré la nécessité d'une **articulation entre une prévention spécifique** (ou thématique) – pour répondre aux différents types d'usages et de populations qui affrontent le problème selon leurs déterminants propres – et **prévention générale** – car il convient de considérer le recours à des substances psychoactives comme un comportement à risque. Toutefois, il faut éviter l'éclatement et la diversité des actions de prévention entreprises – favorisés entre autres choses par l'approche par produits – pour faciliter l'intégration et l'appropriation des messages par les personnalités ayant de forts facteurs de vulnérabilité.

Ainsi la stratégie première de la prévention serait-elle la caractérisation de la prévention en termes de **programme**. L'idée est d'établir des objectifs diversifiés, adaptés aux besoins des populations spécifiques pour pouvoir influencer sur des processus et déterminants de santé (facteurs de protection, de risques). La planification prévoit que ces objectifs soient

énoncés de manière opérationnelle (quels comportement(s) ou facteurs comportementaux sont à modifier ?) et que les théories et méthodes sous-tendant leur réalisation soient explicitées. Il s'agirait alors d'articuler les objectifs spécifiques pour remplir les objectifs généraux de la démarche de prévention, à savoir :

- prévenir l'initialisation de la consommation ;
- développer les capacités de l'individu à gérer leur usage, à moindre risque ;
- empêcher l'évolution de la consommation vers la dépendance (physique ou psychologique).

L'information sur les risques est insuffisante à elle seule mais elle demeure la première et indispensable étape.

La condition propre à la mise en place d'une politique cohérente est le développement parallèle d'un cadre de *financement régulier et à long terme de cette politique, à la hauteur (des objectifs et) des enjeux mis en avant*.

Le système de santé français doit s'axer non plus sur la notion de maladie mais, en amont, sur la notion de santé et sur ses déterminants. Cela favorise l'élargissement de la prévention à une approche plus large de promotion de la santé et donc d'éducation pour la santé. Le Pr Parquet parle même de promotion de la dignité humaine car l'intégration de l'éducation à la citoyenneté semble justifiée dans cette dynamique. En effet, la « *compliance des individus à organiser leur vie en fonction des règles et lois édictées par leur société favorise le caractère préventif de l'interdiction légale des consommations de substances psychoactives* ». La convergence des initiatives et principes adoptés dans les domaines de la santé et de l'action sociale semble nécessaire dans ce cadre car elle harmonise les principes de prévention avec ceux sous-tendant les soins et de la réhabilitation. Elle passe par une cohérence des textes législatifs et réglementaires qui doivent favoriser un effet agoniste – du moins non contradictoire – des mesures de lutte contre le trafic, contre l'offre, et des actions de réduction de la demande.

Par ailleurs, les réponses développées doivent permettre une adaptation au caractère **évolutif** tant du phénomène de consommation de « drogues » que des déterminants et systèmes de valeurs développés par les différents acteurs : autorités administratives et politiques, intervenants en toxicomanies ou en prévention, la société et les communautés. Cela rend **l'évaluation** des actions indispensable. En effet, dans le cadre d'une politique de santé explicite et cohérente, l'évaluation permet d'identifier les initiatives publiques et privées pertinentes par rapport à l'expression du phénomène en des lieux et temps donnés. Elle permet d'œuvrer à une complémentarité des efforts engagés. L'adéquation de la réponse préventive à la réalité du phénomène « drogues » nécessite également qu'une **analyse critique des données et mesures existantes** soit réalisée grâce aux travaux des sources d'information pérennes (OFDT, INSERM, HCSP, CNRS, INSEE, etc.) et soit diffusée par la MILDT. Sur cette base, un rapport annuel avalisé par le gouvernement devrait être disponible pour les intervenants en prévention et en toxicomanie, les media et le grand public, permettant à ces divers acteurs de bénéficier d'un document de référence sur lequel baser un choix raisonné quant à leur contribution à une action de santé communautaire.

Il est nécessaire de développer une culture commune permettant une harmonisation en premier lieu des terminologies (les termes d'usage, usage nocif ou abus et dépendance étant préconisés étant donné leur caractère moins stigmatisant et les critères précis auxquels ils réfèrent). Elle favoriserait également une adéquation des discours sur les drogues soutenus par différents interlocuteurs – les autorités, les spécialistes, les media ou les différentes communautés sociales consommatrices ou non de substances psychoactives – avec la réalité du phénomène.

Formations destinées aux acteurs de prévention

Les acteurs de prévention sont ceux qui, de par leur exercice professionnel, leur formation professionnelle initiale ou leur caractérisation sociale (telle la famille), peuvent être « confrontés » aux usagers ou à des comportements d'usage de produits psychoactifs. Intervenir en matière de prévention requiert cependant un certain nombre de compétences en deçà de la légitimité induite par la bonne volonté des sujets ou leurs statuts. Les compétences des acteurs de prévention résident d'abord en leurs capacités personnelles à cerner la spécificité des besoins et problématiques, à communiquer des

réponses adaptées en favorisant la participation et la responsabilisation des sujets. Il est essentiel que ces acteurs sachent se distancier par rapport à leurs propres implications, systèmes de valeurs et représentations, pour assurer leur rôle en accord avec des principes éthiques de respect et de solidarité envers autrui. Parallèlement, certains savoirs (sur les modes d'expression de la problématique et sur les réponses potentielles) sont essentiels. Ils portent sur : les caractéristiques de l'offre, des types de consommation, les produits et les éléments psychosociaux et épidémiologiques de la personnalité des consommateurs. Évidemment s'impose la connaissance de principes et des méthodes en matière de santé publique ou des méthodes de prévention.

Résumé du rapport du Pr ROQUES

Objectifs et méthodes

Faire le point sur les effets à court et à long terme des substances licites et illicites, en particulier pour le système nerveux central. Les connaissances actuelles sur les bases neurobiologiques sont analysées ainsi que les travaux sur les éventuelles prédispositions biologiques et génétiques des comportements compulsifs et, sur le plan psychiatrique, leur parenté avec d'autres pathologies du même type. La dangerosité individuelle et collective a été examinée au regard des bilans statistiques sur la prévalence, la morbidité et la comorbidité des substances.

Conclusions

La consommation de toutes les drogues conduit à une stimulation de la voie dopaminergique mésocorticolimbique qui a un rôle majeur dans le système de récompense. Ceci n'est pas spécifique aux drogues et il n'existe pas de corrélation directe entre la libération de dopamine dans le système limbique et le risque de dépendance ou même l'intensité de la récompense. C'est la faculté d'établir un état hypersensibilisé du système dopaminergique qui caractériserait les « drogues dures ». Cette hypothèse n'est pas parfaitement établie et son mécanisme moléculaire demeure inconnu.

Une prédisposition biochimique au comportement abusif se mettrait en place au cours des premiers contacts avec la drogue. À ce stade, deux paramètres joueraient un rôle essentiel : le patrimoine génétique et le contexte socioculturel et émotionnel. Ceci expliquerait que tous les individus ne présentent pas la même vulnérabilité et c'est la conjonction défavorable de ces deux paramètres qui faciliterait la « dérive possible » vers l'addiction.

Les stress répétés lors de la mise en place des réseaux de neurones et la constitution de la personnalité jouent certainement un rôle important dans la vulnérabilité. C'est la raison pour laquelle un environnement familial et socioculturel conflictuel dans l'enfance est un facteur de risque de dépendance particulièrement élevé. Il semble aggravé par la précocité de la première expérience.

Résultats de l'étude comparative de la dangerosité des drogues (cf. tableau) :

La dépendance psychique, évaluée par la longueur des effets de rémanence et l'« attirance » vers le produit ainsi que par l'évaluation approximative des rechutes se manifeste donc avec l'héroïne, le tabac et l'alcool. La dangerosité sociale tient compte des comportements qui peuvent engendrer des conduites très agressives et incontrôlées induites par le produit ou des désordres variés pour se procurer celui-ci et des risques pour le consommateur ou autrui. Ceci conduit à placer l'héroïne, la cocaïne et l'alcool dans un groupe à forte dangerosité. Pour évaluer la toxicité générale, il faut tenir compte du nombre de consommateurs. L'héroïne, l'alcool et le tabac font partie du groupe à toxicité générale élevée.

Aucune de ces substances n'est donc dépourvue de danger, toutes sont susceptibles de procurer du plaisir, le tabac à un degré nettement moins important. Toutes peuvent entraîner des effets de dépendance psychique. On peut néanmoins distinguer trois groupes si on cherche à comparer la « dangerosité » : le premier comprend l'héroïne (et les opioïdes), la cocaïne et l'alcool, le second les psychostimulants, les hallucinogènes et le tabac, les benzodiazépines et plus en retrait, le cannabis. Ce regroupement peut évidemment être modifié à la lumière de nouveaux résultats.

Recommandations

Recommandations en liaison avec les conclusions

Développer les études génétiques, la recherche en neuroendocrinologie, en biologie moléculaire, biochimie et en neuroimagerie afin de comprendre les mécanismes de prédisposition, les facteurs de vulnérabilité, les modes d'action, les mécanismes de la dépendance à long terme et la dangerosité en général.

Évaluer la dangerosité à long terme de l'ecstasy ses dérivés apparentés.

En cas de développement d'un médicament actif sur le système nerveux central, faire une étude préalable de son éventuelle utilisation toxicomanogène.

Recommandations générales

- Surveiller plus étroitement le développement des substances à risque d'abus et des nouvelles drogues et centraliser cette information.
- Mettre en place des études cliniques des drogues.
- Initier des programmes d'enseignement spécialisés sur la toxicomanie.
- Étendre les traitements de substitution.
- Améliorer le système de recueil de données statistiques concernant les toxicomanies.

Facteurs de dangerosité des drogues (extrait du tableau page 182 du rapport Roques)

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA	Psycho- stimulants	Alcool	Benzodiaz épines	Cannabinoï des	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte ^{a/}	forte	éventuellement forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible ^{b/}	faible	(cancer)
Traitements substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	0 oui

a/ pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

b/ sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou « d'autosoumission » où la dangerosité devient alors très forte.

L'expertise collective INSERM sur l'ecstasy

L'INSERM a pris l'initiative de conduire une expertise collective sur l'ecstasy. Un groupe pluridisciplinaire, *ad hoc* constitué de chercheurs et de cliniciens dans les domaines de la toxicologie, de la pharmacologie, de la neurologie, de la psychiatrie, de l'épidémiologie et de la sociologie a été mis en place en 1997.

Les conclusions de cette expertise ont été rendues publiques, en juin 1998, sous forme d'un rapport dont la première partie est une analyse de données scientifiques internationales, biologiques et cliniques de l'ecstasy (MDMA), et dont la seconde partie est consacrée, essentiellement, à l'analyse du contexte français de consommation de cette substance.

L'analyse des données de la littérature scientifique internationale a permis au groupe d'experts de mettre en lumière trois conséquences graves de la consommation de l'ecstasy, dues aux propriétés pharmacologiques de la molécule MDMA, composé essentiel de l'ecstasy :

La survenue possible, bien qu'exceptionnelle, dès la première prise ou après plusieurs prises bien supportées, d'un syndrome associant le plus souvent une hyperthermie, et pouvant conduire au décès malgré un traitement médical approprié.

L'apparition de complications psychiatriques plus ou moins longtemps après la prise de l'ecstasy, dont il est difficile de dire aujourd'hui si elles sont induites de novo ou révélées par la consommation d'ecstasy ;

La mise en évidence de lésions neurologiques irréversibles chez les primates, pour des doses de MDMA voisines de celles habituellement consommées et pouvant rester longtemps infra-cliniques.

Ces propriétés pharmacologiques, font de la MDMA un produit toxique indépendamment de tout abus. Les experts concluent à la nécessité d'une information rigoureuse sur cette toxicité, d'autant plus que certains pensent que seuls les autres composés présents dans les comprimés sont toxiques et proposent à ce titre, un test extemporané (« testing ») sur les lieux de consommation. Cette pratique risque pourtant d'engendrer un faux sentiment de sécurité chez les usagers.

À partir de l'analyse de données internationales et celles relatives à la consommation de l'ecstasy dans le contexte français, le groupe d'experts formule trois séries de recommandations relatives à la diffusion de l'information et de la prévention, à la mise en place des dispositifs d'observation, et au développement de la recherche.

INFORMATION ET PRÉVENTION

Informar les usagers d'ecstasy du danger intrinsèque de la MDMA à court et à long terme et des facteurs aggravants liés à ses conditions d'usage ;

Sensibiliser le corps médical à la reconnaissance des symptômes somatiques et psychiatriques d'intoxication par la MDMA ;

Attirer l'attention des acteurs de prévention sur la spécificité du produit et ses modes de consommation.

METTRE EN PLACE DES DISPOSITIFS D'OBSERVATION

- Mettre en place un recueil de données concernant la mortalité et la morbidité liées à la consommation de MDMA.
- Mettre en place une surveillance des usagers chroniques pour évaluer les troubles cognitifs.
- Établir une structure d'analyses des dossiers médicaux pour rechercher les bases biologiques et génétiques de la susceptibilité individuelle.
- Élargir les dispositifs d'observation des modalités de consommation aux nouvelles drogues comme l'ecstasy.

DÉVELOPPER DES RECHERCHES

- Promouvoir des études sur la dégénérescence des fibres sérotoninergiques et son implication éventuelle dans l'apparition de troubles cognitifs.
- Poursuivre les études sur les propriétés toxicomanogènes de la MDMA chez l'animal afin de déterminer l'existence ou non d'une dépendance.
- Standardiser les protocoles d'identification et de dosage de la MDMA et ses métabolites.
- Promouvoir des études épidémiologiques pour apprécier l'importance de la consommation d'ecstasy en France.
- Développer la recherche en sciences sociales sur les usages, les trafics et les politiques publiques concernant les « drogues de synthèse » et l'usage de l'ecstasy en particulier.

La répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en France

La répression - des délits

MILDT-MILAD

Textes	Incrimination	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	- provoquer 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 - présenter ces infractions sous un jour favorable - provoquer (même non suivi d'effet) à l'usage des substances présentées comme ayant les mêmes effets que les stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-39 1 ^{er} alinéa	- offre ou cession en vue de consommation personnelle	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Art. 222-39 2 ^e 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 Art. 227-18 1 ^{er} alinéa	- provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 700 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 227-18 2 ^e alinéa	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 7 ans d'emprisonnement - 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 227-18-1 1 ^{er} alinéa	- provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	- 7 ans d'emprisonnement - 1 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-18-1 2 ^e alinéa	- circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans	- 10 ans d'emprisonnement - 2 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-37 1 ^{er} alinéa	- transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants	- 10 ans d'emprisonnement - 50 000 000 francs d'amende
Art. 222-37 2 ^e alinéa	- facilitation de l'usage (ordonnance fictive ou de complaisance)	
Art. 222-36 1 ^{er} alinéa	- importation ou exportation illicites	
Nouveau Code pénal Art. 222-39-1	- fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une personne se livrant au trafic ou à l'usage de stupéfiants	- 5 ans d'emprisonnement - 500 000 francs d'amende
Art. 222-39-1 2 ^e alinéa	- circonstance aggravante ; si ces personnes sont mineures	- 10 ans d'emprisonnement - 50 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 324-1	- blanchiment simple de l'argent (quelle que soit l'infraction)	- 5 ans d'emprisonnement - 2 500 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 324-2	- blanchiment aggravé : 1 - commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle 2 - commis en bande organisée	- 10 ans d'emprisonnement - 50 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-38-1 ^{er} alinéa	- blanchiment de l'argent provenant du trafic de stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention, offre)	- 10 ans d'emprisonnement - 5 000 000 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)

La répression - des crimes

MILDT-MILAD

Textes	Incrimination	Sanctions
Nouveau Code pénal Art. 222-35 1 ^{er} alinéa	- production ou fabrication illicites de stupéfiants	- 20 ans de réclusion criminelle
Art. 222-35 2 ^e alinéa	- si les faits sont commis en bande organisée	- 50 000 000 francs d'amende - peine de réclusion portée à 30 ans
Nouveau Code pénal Art. 222-36 2 ^e alinéa	- importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	- 30 ans de réclusion criminelle - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-34	- direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi « illicites » de stupéfiants	- réclusion criminelle à perpétuité - 50 000 000 francs d'amende
Nouveau Code pénal Art. 222-38 2 ^e alinéa	- blanchiment de l'argent provenant de crimes cités à l'article sus-mentionné (222-34, 222-35, 222-36 2 ^e alinéa)	- de 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité - 50 000 000 francs d'amende

À 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, etc..

SIGLES

AFLS : Association française de lutte contre le Sida

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAGE : Cut Annoyed Guilty Eyes-opener

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CESDIP : Centre de recherches sociales sur le droit et les institutions pénales

CESES : Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

CIRE : 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 services(service national d'informations téléphoniques)

EVAL : Bureau d'études évaluation 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'épidémiologie

ILS : Infraction à la législation sur les stupéfiants

INRA : Institut national de la recherche agronomique

INSEE : Institut national des statistiques et des études économiques

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 études et des relations internationales (Fichier National des Détenus)

SED : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation

SEDAP : Société d'entraide et d'action psychologique

SESI : Service des statistiques, des études 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 drogues par voie intraveineuse

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine



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 (*remarques (s) de fond ou méthodologique (s)*)

■ Suggestion (s)

■ Autre (s) observation (s)

À retourner à :

OFDT - 105, rue La Fayette - 75010 PARIS





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>

Email : information@ofdt.fr

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Correction : Sylvie Allouche
Conception graphique : SOPADIM - 81 rue de l'Amiral Roussin 75015 PARIS
Impression : MEGASTAR Groupe Imprimeurs - Avenue du Cerisier Noir - BP22 - 86530 NAINTRÉ
ISBN 2-11-091527-7