



**European Monitoring Centre
For Drugs and Drug Addiction**



www.ofdt.fr

Rapport national 2011 (données 2010)

à l'OEDT

par le point focal français du réseau Reitox

France

**Nouveaux développements,
tendances et information détaillée
sur des thèmes spécifiques**

REITOX

Sous la direction de

Maud Pousset

Coordination éditoriale et rédactionnelle

Abdalla Toufik et Hassan Berber

Contributions

Chapitre 1 : Cristina Diaz-Gomez

Chapitre 2 : Marie Line Tovar, Vincent Eroukmanoff, Olivier Le Nezet, Stanislas Spilka

Chapitre 3 : Carine Mutatayi, Julie-Émilie Adès

Chapitre 4 : Jean-Michel Costes, Agnès Cadet-Taïrou, Olivier Le Nezet

Chapitre 5 : Christophe Palle, Tanja Bastianic, Tiphaine Canarelli

Chapitre 6 : Tiphaine Canarelli, Éric Janssen, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 7 : Agnès Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli, Cristina Diaz Gomez

Chapitre 8 : Matthieu Chalumeau

Chapitre 9 : Ivana Obradovic, Michel Gandilhon

Chapitre 10 : Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Agnès Cadet-Taïrou

Thème spécifique 1 : Ivana Obradovic, Tanja Bastianic, Laurent Michel, Marie Jauffret-Roustide

Thème spécifique 2 : Agnès Cadet-Taïrou, Guillaume Sudérie, Michel Gandilhon, Yvon Schléret, Laurent Plancke

Relecture

Maud Pousset, Hélène Martineau, Christophe Palle, Cristina Diaz-Gomez, Julie-Émilie Adès, Agnès Cadet-Taïrou, Marie-Line Tovar, Anne De L'épervier

Documentation

Isabelle Michot, Anne de l'Épervier

Sommaire

RÉSUMÉS.....	6
PARTIE A. NOUVEAUX DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES.....	13
1. <i>Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique</i>	13
1.1. Introduction.....	13
1.2. Cadre légal	20
1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre) 20	
1.2.2. Textes de mise en application des lois	23
1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	26
1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie	26
1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie	29
1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues	31
1.3.4. Modalités de la coordination.....	31
1.4. Analyse économique.....	32
1.4.1. Dépenses publiques.....	32
1.4.2. Budget.....	39
1.4.3. Coût social	39
2. <i>Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques</i>	40
2.1. Introduction.....	40
2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)	42
2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)	46
2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local.....	48
3. <i>Prévention</i>	50
3.1. Introduction.....	50
3.2. Prévention universelle.....	54
3.2.1. Milieu scolaire.....	55
3.2.2. Familles.....	57
3.2.3. Communautés.....	57
3.3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques.....	58
3.3.1. Groupes à risque	58
3.3.2. Familles à risque.....	59
3.3.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)	59
3.4. Prévention indiquée.....	59
3.5. Campagnes media nationales et locales.....	60
4. <i>Usage problématique</i>	61
4.1. Introduction.....	61
4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues.....	62
4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD)	62
4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues	68
4.3. Données sur les UPD issues d'autres sources que celles des traitements	69
4.3.1. Données sur les UPD issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (IDT)	69
4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres	76
4.4.1. Description des formes d'usage non couvert par la définition de l'usage problématique de drogues de l'OEDT (parmi les groupes vulnérables).....	76
4.4.2. Estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues intensif, fréquent, à long terme et autres non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues (UPD)	77
5. <i>Prise en charge : demande et offre de soins</i>	78
5.1. Introduction.....	78
5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité	79
5.3. Stratégie et politique.....	79
5.4. Systèmes de soins et de prise en charge	81
5.4.1. Organisation et assurance qualité.....	81
5.4.2. Disponibilité et diversification des traitements.....	83

5.5.	Accès aux soins	87
5.6.	Caractéristique des patients pris en charge (données IDT incluses)	87
5.7.	Tendances relatives aux patients pris en charge dans les centres spécialisés	94
6.	Conséquences sanitaires	98
6.1.	Introduction	98
6.2.	Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	100
6.2.1.	VIH/SIDA et hépatites virales B et C	100
6.2.2.	Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose	106
6.2.3.	Autres maladies infectieuses	106
6.2.4.	Données comportementales	106
6.3.	Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues	107
6.3.1.	Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues	108
6.3.2.	Autres	108
6.4.	Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues	108
6.4.1.	Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)	108
6.4.2.	Mortalité et cause des décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)	110
6.4.3.	Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues	110
7.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues	111
7.1.	Introduction	111
7.2.	Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues	116
7.3.	Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	117
7.4.	Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues	127
8.	Conséquences sociales et réinsertion sociale	128
8.1.	Introduction	128
8.2.	Exclusion sociale et usage de drogues	131
8.2.1.	Exclusion sociale parmi les usagers de drogues	131
8.2.2.	Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés	133
8.3.	Réinsertion sociale	135
8.3.1.	Hébergement	136
8.3.2.	Éducation et formation	139
8.3.3.	Emploi	139
9.	Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison	142
9.1.	Introduction	142
9.2.	Criminalité liée à l'usage de drogues	148
9.2.1.	Infractions à la législation sur les stupéfiants	148
9.2.2.	Autres délits liés à la drogue	151
9.3.	Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues	153
9.4.	Interventions dans le système pénal	155
9.5.	Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison	156
9.5.1.	Marché des drogues illicites en prison	158
9.6.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons	160
9.6.1.	Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés)	162
9.6.2.	Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue	164
9.6.3.	Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses	165
9.6.4.	Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison	166
9.7.	Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison	167
10.	Marché des drogues	168
10.1.	Introduction	168
10.2.	Disponibilité et offre	171
10.2.1.	Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité	171
10.2.2.	Provenance des drogues : production nationale versus production importée	173
10.2.3.	Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, <i>modi operandi</i> et organisation du marché domestique des drogues	174
10.3.	Saisies	176
10.3.1.	Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites	176
10.3.2.	Quantités et nombre de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites	176

10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits	178
10.4. Prix/pureté	178
10.4.1. Prix au détail des drogues illicites.....	178
10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites	179
10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues	180
PARTIE B. THÈMES SPÉCIFIQUES.....	181
11. <i>Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison</i>	181
11.1. Caractéristiques du système pénitentiaire	181
11.1.1. Caractéristiques de la population détenue : santé et statut social.....	186
11.1.2. Infections virales	189
11.2. Organisation de la politique de santé en prison et organisation des soins en prison	190
11.2.1. La santé en prison (organisation des soins en prison)	190
11.2.2. Politiques de prise en charge de l'usage de drogues parmi les détenus	194
11.3. Organisation des soins liés à la drogue en prison	199
11.3.1. Prévention, traitement, réinsertion, réduction des risques	199
11.3.2. Dépistage en prison (obligatoire/non obligatoire) : présentation du programme, échantillonnage, champ, évaluation	212
11.4. Qualité des soins. Recommandations pratiques et normes de délivrance des soins.....	213
11.4.1. Assurance qualité des services liés aux drogues en prison	213
11.4.2. Formation des personnels	217
11.4.3. Discussion, limitations méthodologiques et informations manquantes	218
11.4.4. Limites méthodologiques et manques d'information observés.....	221
11.5. Conclusion	223
12. <i>Déplacements transfrontaliers, usage de drogue et services de soins</i>	224
12.1. Introduction.....	224
12.2. Données de cadrage	224
12.2.1. Deux grands types de frontières	224
12.2.2. Les Sources	226
12.3. Déplacements transfrontaliers et usage de drogues	228
12.3.1. Consommer à l'étranger.....	228
12.3.2. Faire la fête et consommer à l'étranger	230
12.4. S'approvisionner à l'étranger	236
12.4.1. Un manque de données d'impact.....	237
12.5. Déplacements transfrontaliers et utilisation des services de soins	237
12.5.1. Les déplacements à l'initiative des usagers de drogues :	238
12.5.2. Les coopérations entre établissements hospitaliers	240
12.5.3. Les coopérations inter associatives	240
12.6. Conclusion	242
PARTIE C. BIBLIOGRAPHIE	243
<i>Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées</i>	243
<i>Liste alphabétique des adresses Internet utiles</i>	258
ANNEXES	260
I - LISTE DES TABLEAUX.....	260
II - LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES	263
III - LISTE DES CARTES	264
IV - LISTE DES RÉFÉRENCES LÉGALES EN FRANÇAIS	265
V - LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	271
EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (INSERM- OFDT-MJENR)	273
VI - LISTE DES SOURCES	276

Résumés

1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

Au cours de la période 2010-2011, les nouvelles dispositions législatives ont principalement porté sur la lutte contre les profits du trafic de stupéfiants (loi Warsmann de juillet 2010 relative à la confiscation des biens criminels) et la sécurité intérieure (loi du 14 mars 2011).

Dans le champ des addictions sans substance, la France a autorisé en mai 2010 le jeu d'argent et de hasard en ligne. La loi prévoit des dispositions préventives du jeu excessif ou pathologique ainsi que des mesures de protection envers les mineurs.

Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre 2010 et 2011 s'inscrivent, pour l'essentiel, dans le cadre d'autres lois en matière de vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de nouvelles substances potentiellement dangereuses (liste des stupéfiants, liste des substances vénéneuses, liste des substances et méthodes interdites en milieu sportif, etc.).

Les orientations nationales de la politique gouvernementale impulsées en 2010 sont définies par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. En juin 2011, la MILDT a annoncé la réalisation de la quasi-totalité de ses 193 actions prévues. Trois autres plans nationaux se situent en continuité : le plan « hépatites » 2009-2012, le plan « cancer » 2009-2013 et le nouveau plan « personnes détenues » 2010-2012, porté par le ministère de la Santé et des Sports avec le concours du ministère de la Justice. Les mesures de santé publique prévues dans ces différents plans viennent renforcer l'axe sanitaire du plan gouvernemental 2008-2011.

À l'échelle territoriale, les orientations du plan gouvernemental sont déclinées dans les plans interministériels départementaux dont l'élaboration est confiée au chef de projet départemental. Le comité de suivi départemental, chargé de la coordination, cherche la cohérence avec les plans spécifiques du département (contrats de cohésion, contrats de ville, programme de santé publique, schéma régional médico-social, etc.). Le chef de projet départemental mobilise les efforts des acteurs locaux pour appliquer les orientations nationales de prévention ou de lutte contre le trafic. Pour la santé, le chef de projet départemental se rapproche du chef de projet régional, interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé (ARS), devenue depuis l'adoption de la loi HPST en juillet 2009 « guichet unique de l'offre sanitaire à l'échelle territoriale ».

L'effort global de l'État en dépenses publiques pour la mise en œuvre de la politique des drogues en 2010 est estimé à 1 086,13 M€, selon les sources ministérielles (budget voté dans la Loi de finance initiale, LFI, pour 2010).

La mise en œuvre de la politique des drogues ne relève pas exclusivement de l'État, mais également de l'Assurance maladie (AM) qui porte le dispositif de santé de droit commun destiné aux usagers de drogues. Le financement des structures d'addictologie représente le premier poste de dépenses de l'AM. En 2010, il a été de 316,78 M€, dont 295,3 M€ pour les dépenses de personnel et de fonctionnement des structures existantes, 12,25 M€ pour le renforcement ou la création de nouvelles structures, 3,98 M€ pour la réalisation de nouveaux programmes dans les centres existants et, enfin, 5,25 M€ pour les structures d'addictologie destinées à l'accueil spécifique des usagers sous main de justice dans le cadre des conventions d'objectifs « santé-

justice »¹. Le remboursement des médicaments de traitements de substitution aux opiacés (TSO) représente le second poste le plus important. Le délai de publication des données étant de trois ans, le montant du remboursement des traitements de substitution aux opiacés n'est pas disponible pour l'année 2010. En 2008, il atteignait 79,97 M€. Malgré la nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (BHD) parmi les prescriptions des TSO, la proportion du remboursement de la méthadone poursuit sa progression : de 8 % en 2003 à 17 % en 2008. En 2008, le taux de variation constaté par rapport à l'année précédente reflète une baisse globale des remboursements des TSO d'environ 8 % (tous médicaments confondus). Le troisième poste de dépenses correspond au financement des établissements de santé pour la mise en œuvre des mesures prévues dans les plans d'action addictions. En 2010, l'Hôpital a reçu 39,72 M€. Ces crédits ont servi à quatre type d'actions : la mise en place de nouvelles équipes de liaison « addictologie » (en particulier au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie) ; la création ou le renforcement des consultations spécialisées en addictologie ; les séjours de soins complexes ou, encore, le fonctionnement des structures hospitalières hautement spécialisées et équipées en plateaux techniques.

Les bénéficiaires de la vente des biens confisqués par des procédures pénales d'affaires de stupéfiants sont affectés à un fonds de concours « Stupéfiants » géré par la MILDT. En 2009, il avait été abondé de 3,57 M€. La MILDT redistribue cette somme aux ministères chargés de la mise en œuvre de la politique des drogues.

2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

Les dernières données disponibles en population générale sont celles du Baromètre santé 2010. Les enquêtes sur les populations adolescentes et en milieu scolaire sont en cours de traitement (ESPAD 2011, ESCAPAD 2011 et HBSC 2010). Enfin, une étude multisites quanti-festif est en cours dans cinq agglomérations françaises.

Les données en population générale âgée de 15 à 64 ans indiquent une stabilisation globale des niveaux d'usage actuels du cannabis (autour de 8,3 %). La hausse de l'expérimentation de cannabis « mécanique » est liée à un effet de stock des générations anciennes de fumeurs. Parmi les produits plus rares, les poppers et la cocaïne enregistrent une hausse significative de l'expérimentation et de l'usage actuel (respectivement de 2,4 % à 3,6 % et de 3,8 % à 5,2 %). L'enquête révèle par ailleurs une hausse significative de l'expérimentation d'héroïne, passant de 0,8 % à 1,2 %, et des champignons hallucinogènes (de 2,6 % à 3,1 %), alors qu'au contraire l'ecstasy est en recul.

3. Prévention

En 2010, le *Guide d'intervention en milieu scolaire* en matière de prévention des conduites addictives a été actualisé. Il pose le principe d'un programme de prévention allant de la dernière année de l'enseignement primaire à la dernière année de l'enseignement secondaire. Sa première parution datait de 2005 sous l'égide de l'Éducation nationale et de la MILDT.

¹ Il s'agit du dispositif des conventions d'objectifs justice-santé instauré en 1993 qui a été financé depuis sa création sur des crédits déconcentrés du budget de la MILDT jusqu'en 2009. Ils ont été créés dans le but de renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice.

Sous l'égide de la MILDT, des assises sur la parentalité et le rôle des parents en prévention des usages de drogues se sont tenues en mai 2010. Le but était de mettre au jour les éléments de discours pour soutenir les parents dans leur rôle d'acteurs de prévention sur la question des usages de drogues licites ou illicites. Les débats ont orienté la campagne de sensibilisation gouvernementale destinée à l'ensemble des adultes référents, diffusée du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011 « Contre les drogues, chacun peu agir ».

Afin de définir des mesures ciblées adaptées aux contextes professionnels et d'apporter, de façon consensuelle, des modifications appropriées au code du travail, la MILDT a également tenu les assises « Drogues illicites et risques professionnels » le 25 juin.

Le troisième volet de communication du plan gouvernemental s'est déroulé fin 2010. Il visait à amener les parents et l'entourage des adolescents à s'interroger sur son rôle de prévention. Trois spots différents et complémentaires ont été diffusés du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011. Un bilan partiel à partir des appels à Drogues info service indique un impact immédiat indéniable de ces spots (augmentation de 250 % des appels par rapport à la semaine précédant leur diffusion). Une version actualisée de la brochure « Cannabis les risques expliqués aux parents » a été diffusée dans des structures dédiées aux jeunes ou aux professionnels amenés à être en contact avec eux. Une autre action de communication, ciblant cette fois les jeunes sous forme de concours, a été menée par la MILDT en 2010.

4. Usage problématique

Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » a été lancée fin 2010 sur 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Une nouvelle estimation nationale (portant sur : l'ensemble des UPD, les injecteurs et les usagers d'opiacés) devrait donc être disponible en 2012. L'étude ENa-CAARUD 2008 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques.

Les évolutions marquantes concernant les usages et les modes d'usage sont :

- une diversification croissante des populations usagères ;
- l'extension de la diffusion de la cocaïne notamment vers des jeunes issus des quartiers populaires et des banlieues ;
- une consommation d'héroïne par des groupes de population plus variés, notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement ;
- une diffusion plus large de la kétamine.

De façon plus marginale, la diffusion des usages de GHB/GBL à des groupes de jeunes « teuffeurs » s'est traduite par plusieurs cas de comas au cours de l'année 2009.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Une circulaire parue début 2008 précise les missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ce nom unique désigne depuis 2009 les centres qui accueillent auparavant principalement des usagers de drogues illicites (CSST) et les centres qui accueillent uniquement des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA). Les missions des CSAPA sont à peu près les mêmes que celles des CSST ou des CCAA. Les CSAPA ont

cependant l'obligation d'accueillir toutes les personnes ayant un problème d'addiction, quel que soit le produit en cause.

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2009 dans les centres en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. Comme les années précédentes, leur âge moyen continue de progresser. L'âge moyen des patients qui ne se sont jamais fait traiter auparavant semble en revanche être stable depuis 2007. Il peut également être noté en 2009 une augmentation limitée de la part des opiacés comme produit posant le plus de problème avec, en contrepartie, une baisse de la part du cannabis. L'utilisation de la voie intraveineuse pour la consommation des opiacés et de la cocaïne est à nouveau en baisse après avoir connu une augmentation en 2008.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés près de 125 000 personnes ont bénéficié de tels remboursements en ville durant le deuxième semestre 2008 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD représentant toujours 80 % de l'ensemble. Si une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement, celle-ci a considérablement diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux traitements de substitution aux opiacés. La part des sujets bénéficiant d'un dosage quotidien moyen de plus de 32 mg/J est ainsi passée de 6 % en 2002 à 1,6 % en 2007, selon une étude récente.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990, baisse confirmée pour l'année 2010 avec moins de 5 % chez les UDVI (versus 1/4 des personnes diagnostiquées au milieu des années 1990 et 8 % en 2008).

Il semble que la prévalence de l'infection au VHC fléchisse depuis plusieurs années autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues.

Le nombre de décès par surdose augmente encore en 2009, confirmant l'accroissement observé depuis 2003. Entre 2006 et 2009, l'accroissement du nombre de surdoses semble spécifiquement lié à une augmentation du nombre de décès par surdose à l'héroïne mais aussi à la méthadone. Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer cette évolution : plus grande disponibilité de l'héroïne, baisse du prix de la cocaïne, nouveaux usagers peu sensibilisés à la réduction des risques, augmentation des prescriptions de méthadone.

7. Réponse aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

En 2009, on assiste à une montée en charge de l'activité du dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs, initié en 2006. Elle se concrétise par le lancement de trois alertes publiques (héroïne et GHB/GBL) par voie de communiqués de presse et par plusieurs communications ciblant uniquement les professionnels et des associations d'usagers.

Au plan des pratiques, la baisse continue entre 1999 et 2008 de l'estimation du nombre de seringues distribuées aux UD suggère une moindre fréquence de l'injection mais ne peut actuellement être interprétée avec certitude.

Par ailleurs, la part des UD ayant pratiqué un test de dépistage continue à croître et on assiste à une diminution du diagnostic tardif de l'hépatite C. Le point important se situe maintenant dans la répétition de ces tests (au moins un par an) et dans l'accroissement de l'accès au traitement.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé connaissent des situations très difficiles en ce qui concerne leur insertion sociale (emploi, logement, ressources...). Si l'accès au droit commun (prestations sociales, gratuité des soins...) amortit certaines difficultés, leur situation est nettement plus défavorable que celles rencontrées au sein de la population générale.

Les structures spécialisées, au delà de leurs missions de soutien à l'accès au droit commun, développent des programmes et activités innovants en terme d'insertion sociale, encouragées notamment ces dernières années par les orientations inscrites dans le plan national 2008-2011 de la MILDT.

9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

Le cannabis reste la substance à l'origine du plus grand nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, devant l'héroïne et la cocaïne. Le nombre d'interpellations liées à l'usage simple reste important (plus de 135 000 procédures annuelles) : il représente près de 9 interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants sur 10. La réponse pénale apportée aux infractions d'usage prend de plus en plus souvent la forme de mesures alternatives aux poursuites ou, dans le cas de poursuites, de peines de substitution ou d'amendes.

Par contraste avec cette relative stabilité dans le nombre et la structure des interpellations, les condamnations judiciaires des usagers de drogues, y compris à des peines d'emprisonnement (avec une partie ferme), connaissent une certaine progression. Le nombre de condamnations pour ILS a plus que doublé entre 1990 et 2009 : dans cet ensemble, ce sont les condamnations pour usage de stupéfiants qui ont le plus progressé, puisque leur nombre a triplé depuis 1990, avec une hausse particulièrement marquée depuis 2004. En 2009, 24 420 condamnations ont été prononcées pour usage simple (soit une augmentation de près de 25 % par rapport à l'année précédente). Les condamnations pour usage de stupéfiants représentent désormais la moitié des condamnations en matière d'ILS contre environ un tiers dans les années 1990 et le début des années 2000. L'absence de données sur l'exécution des peines ne permet toutefois pas d'évaluer la part des peines prononcées qui sont effectivement exécutées.

Dans le domaine de la sécurité routière, les condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants ont elles aussi augmenté au cours des dernières années (près de 6 600 en 2008), ce qui représente une hausse de 27 % par rapport à l'année précédente. Parmi celles-ci, environ 40 % ont entraîné une peine de prison (le plus souvent avec sursis), environ 40 % une amende et 16 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire). Les peines ont tendance à être moins sévères lorsqu'il s'agit de conduite sous l'influence de stupéfiants seuls ou de refus de coopérer : elles sont, en revanche, plus sévères en cas de dommages corporels.

10. Marché des drogues

La France étant à la fois une zone de transit et d'usages pour les principales substances illicites produites à l'échelle mondiale, le marché des stupéfiants y est extrêmement dynamique.

La disponibilité de substances comme la cocaïne et l'héroïne y est forte de même que leur accessibilité, favorisée notamment par la reconversion en cours des réseaux importateurs de résine de cannabis en direction du chlorhydrate de cocaïne et de l'héroïne. En outre, la proximité des pays de stockage (Belgique, Pays-Bas, Espagne) de ces deux substances permet un approvisionnement direct, auprès des grossistes installés au-delà des frontières, de centaines de micro-réseaux de deal, animés pour l'essentiel par des usagers-revendeurs, qui assurent ainsi une diffusion en profondeur de la cocaïne et de l'héroïne sur la totalité du territoire français, zones rurales comprises.

Le marché des drogues de synthèse a été marqué pour sa part au cours de la majeure partie de l'année 2009 et d'une partie de l'année 2010 par une pénurie importante de MDMA, que ce soit sous sa forme « poudre » ou « comprimé ». S'agissant de cette galénique, les trafiquants ont continué à approvisionner le marché en « ecstasy » et l'année 2010 a vu le retour de comprimés contenant de la MDMA, de nouveau présents sur la scène festive.

Phénomène plus marginal, il semble que depuis 2008 il y a une disponibilité plus grande de la kétamine. Il se confirme un développement de l'usage de kétamine hors des cercles d'initiés du milieu festif alternatif qui en faisaient usage. Il semble que cette substance jouisse d'une image en amélioration liée à une meilleure maîtrise, consécutive à un processus de domestication de l'usage, des effets de ce produit.

Thème spécifique 1

Au 1er janvier 2010, on comptait, en France, 61 604 détenus répartis entre 191 établissements pénitentiaires, le chiffre le plus élevé depuis le milieu du XIX^{ème} siècle (96,8 détenus pour 100 000 habitants). Cette population comprend environ un quart de prévenus. L'état de surpopulation carcérale (108 détenus pour 100 places, en moyenne) varie considérablement entre les types d'établissements et les ressorts géographiques : il concerne surtout les maisons d'arrêt, établissements les plus nombreux dans le parc pénitentiaire, qui hébergent une majorité de prévenus (en attente d'un jugement définitif), ainsi que des condamnés à de courtes peines.

La population détenue se caractérise par un profil démographique, social et sanitaire très différent de celui de la population générale. Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions, notamment, y sont plus élevés qu'en milieu libre : la moitié des détenus présentent des troubles anxio-dépressifs et addictifs. Les détenus sont également plus touchés par les maladies infectieuses : les personnes qui ont connu au moins un épisode d'incarcération au cours de leur vie ont ainsi un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %). Ces observations font apparaître une contradiction entre les objectifs posés par la loi du 18 janvier 1994 qui affirme le principe d'équivalence des soins entre le milieu fermé et le milieu libre, et la réalité des pratiques de soins en détention, déterminées par les conditions générales de fonctionnement du système carcéral et contraintes par les difficultés d'organisation des soins dans certains établissements.

Cette contribution tente d'articuler les recommandations de politique générale et de pratique clinique élaborées pour le milieu carcéral (tant par l'OMS que par les autorités françaises) à une réflexion sur les difficultés d'organisation des soins dans le contexte pénitentiaire, en soulignant l'importance d'un suivi d'information sur la prise en charge des usagers de drogues en prison.

Thème spécifique 2

La France a 2 970 km de frontières avec six pays européens. Il y a deux grands types de frontières : d'une part, la « frontière creuset », autrement dit une « zone de contact qui associe les territoires situés de part et d'autre dans une communauté de destin et de vie quotidienne » ; d'autre part la « frontière glacis » marquée par une barrière géographique.

Il y a des déplacements transfrontaliers d'usagers de drogues vers les coffee shops hollandais, bien qu'il soit difficile d'en mesurer l'importance. Il y a également des mouvements vers Barcelone (et ses foires commerciales de cannabis). Mais les déplacements transfrontaliers sont avant tout liés aux boîtes de nuit dansantes et à la scène festive. Deux régions sont concernées en France, le sud-ouest et le nord (de Nice vers l'Italie, de Lille vers les boîtes de nuit belges ou vers des événements techno alternatifs, par exemple). La motivation première des migrations transfrontalières du week-end dans le nord et le sud-ouest est la recherche d'un lieu attractif pour faire la fête.

Enfin, il y a aussi des déplacements transfrontaliers à l'initiative des usagers de drogues menant généralement des ressortissants français à rechercher une prise en charge dans les pays au nord et à l'est. Il existe en particulier un flux significatif chaque mois de français vers la Belgique pour recevoir un traitement à base de méthadone. D'un autre côté, il existe une coopération entre établissements hospitaliers des deux côtés de la frontière et même une coopération entre associations ou réseaux de professionnels du champ.

L'élément marquant, vu du côté français, reste la dissymétrie importante des « échanges » dans le champ des drogues entre la France et ses voisins : qu'il s'agisse de consommer ou de se procurer des produits, de faire la fête ou de chercher des soins, les déplacements se font essentiellement de la France vers l'étranger.

Partie A. Nouveaux développements et tendances

1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

1.1. Introduction

Définitions

L'usager de stupéfiants est celui qui consomme un produit stupéfiant. L'autorité judiciaire assimile souvent la détention de petites quantités à l'usage, ainsi que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle ou les produits stupéfiants utilisés pour se doper (recherche de la performance professionnelle et intellectuelle ou sportive).

Toute infraction à la législation sur les stupéfiants expose à une interpellation par la police, la gendarmerie ou les douanes qui sera en principe transmise aux services judiciaires. Les infractions sont examinées au cas par cas par les procureurs de la République chargés des poursuites qui, suivant le principe de l'opportunité des poursuites, décident de poursuivre le contrevenant ou de classer l'affaire sans suite ou encore d'une mesure alternative aux poursuites. Ce principe permet une intervention adaptée à chaque situation individuelle en graduant la réponse en fonction de la gravité des actes. Il explique également la disparité des pratiques pénales selon les tribunaux.

Outils de collecte des données

Les principales sources utilisées sont le code pénal, le code de la route, le code de la santé publique, le code de l'action sociale et de la famille et le code des sports. Pour évaluer les dépenses publiques de la politique de lutte contre les drogues, les sources sont les budgets arrêtés par la loi de finances initiale (LFI) et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Contexte

Deux types de régimes juridiques régissent les drogues en France. L'usage, la détention et l'offre des drogues licites (alcool, tabac) sont réglementés, sans être interdits. À l'inverse, les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, etc.), classées comme stupéfiants², sont soumises à un régime d'interdiction fixé pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions ont été intégrées dans le code pénal et le code de la santé publique. La loi du 31 décembre 1970 réprime usage et trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant (sans différenciation selon le produit). Elle n'établit aucune distinction entre l'usager et le revendeur.

Elle considère l'usager en tant que malade. La réglementation garantit l'accès totalement gratuit au dispositif médico-social (CSAPA et CAARUD) et aux centres de dépistage³ rattachés aux

² La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

³ Circulaire DGS/PGE/IC n° 85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place du dispositif de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

établissements de santé (CDAG⁴ et CIDDIST⁵). Les personnes sans ressources ou à faible niveau de revenu peuvent aussi accéder gratuitement à la médecine de ville et à l'hôpital.

Depuis 1999, les usagers de drogues résidant en France peuvent bénéficier d'une « couverture maladie universelle » (CMU). Elle concerne les personnes à faible niveau de revenu. Le demandeur de soins avance les frais médicaux et demande leur remboursement. Pour les usagers de drogues résidants les plus démunis, la « couverture complémentaire santé gratuite » exonère le demandeur de soins de l'obligation d'avancer des frais médicaux. Les non résidents en France peuvent solliciter l'aide médicale d'État.

La vaccination contre l'hépatite B et le dépistage des hépatites virales sont gratuits et anonymes⁶ lorsqu'ils sont effectués dans un CSAPA (Art. L.3411-4 du CSP). Les usagers de drogues accueillis dans un CDAG ou un CIDDIST ne sont pas tenus de révéler leur identité. En cas de nécessité thérapeutique, depuis l'adoption de la loi HPST de juillet 2009⁷ (art. 108), le médecin du CDAG ou du CIDDIST peut faire lever l'anonymat, sous réserve du consentement explicite expresse et éclairé du patient. Cette disposition⁸ vise à améliorer l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire dans certaines situations cliniques (art. L3121-1 du CSP). De plus, s'ils le demandent expressément, les usagers de drogues qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou établissement de santé peuvent bénéficier de l'anonymat dès l'admission (art. L3414-1 du CSP).

Pour préserver la confidentialité des informations personnelles et médicales du demandeur de soins, les professionnels du dispositif de soins sont tenus de respecter le secret médical et professionnel.

Usage de stupéfiants

Le cadre législatif qui réprime l'usage de stupéfiants (public ou privé) n'a pas été modifié depuis son origine (1970). L'éventualité la plus récente d'une réforme date de 2003 : la contraventionnalisation de l'usage simple, alors évoquée mais écartée par le gouvernement en juillet 2004.

Aux termes de l'article L.3421-1 du code de la santé publique (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros. Cependant, l'article L.3411-1 prévoit une procédure spécifique d'injonction thérapeutique, autorisant le procureur à suspendre les poursuites contre un usager de stupéfiants à condition qu'il accepte de se faire soigner.

Les orientations de la politique pénale de lutte contre la toxicomanie ont été redéfinies par de nombreuses circulaires du ministère de la Justice depuis le début des années soixante-dix. Selon les périodes, elles mettent l'accent l'amélioration du soin ou, au contraire, sur une répression plus efficace de l'usage. La circulaire du 17 juin 1999 a ainsi appelé les procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus diversifiées » pour les usagers

⁴ Centre de dépistage anonyme et gratuit.

⁵ Centre d'information de dépistage et de diagnostic (et de traitement) des infections sexuellement transmissibles.

⁶ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, art. 72.

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁸ Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (NOR: SASP1007832A).

interpellés, à tous les stades de la procédure pénale, en réservant les peines de prison aux cas extrêmes et en ultime recours. Les alternatives de type sanitaire aux poursuites étaient donc fortement encouragées et mieux réalisées : injonction thérapeutique exclusivement pour les usagers de drogues dépendants, rappel à la loi pour les consommateurs occasionnels (notamment de cannabis), classement avec orientation vers une structure sociosanitaire pour les autres types de comportements d'usage.

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 renforce les dispositions répressives sur les usagers de drogues. D'abord, elle donne au juge la possibilité de traiter les infractions à la législation sur les stupéfiants par un mode procédural simplifié et accéléré, de façon à systématiser la réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Elle introduit une nouvelle sanction *ad hoc* le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, obligatoire et payant (450 euros maximum, montant d'une contravention de 3^{ème} classe). Prévu par l'article L.131-35-1 du code pénal et par les articles R131-46 et R131-47 du code pénal en application du décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007, il doit faire prendre conscience à l'usager des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants ainsi que des incidences sociales d'un tel comportement. Le stage peut être proposé par le ministère public au titre de mesure alternative aux poursuites et de la composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée dans le cadre de l'ordonnance pénale et à titre de peine complémentaire. Elle est applicable à tous les majeurs et aux mineurs de plus de 13 ans⁹.

La loi du 5 mars 2007 élargit le cadre d'application des mesures d'injonction thérapeutique, qui peuvent désormais être prononcées à tous les stades de la procédure pénale : de mesure alternative aux poursuites (occasionnant une suspension de la procédure judiciaire), l'injonction thérapeutique peut désormais être prononcée comme modalité d'exécution d'une peine, y compris pour des personnes ayant commis une infraction en lien avec une consommation d'alcool.

La loi de 2007 renforce les dispositions de suivi de l'application des mesures d'injonction thérapeutique. Elle crée la fonction du médecin relais, chargé d'apprécier l'opportunité médicale de cette mesure, d'informer le médecin choisi par l'usager du cadre juridique dans lequel il s'inscrit, de contrôler le déroulement de l'exécution de l'injonction thérapeutique et d'informer l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants est aggravée dans certaines circonstances de la vie sociale, par exemple lorsque cet usage affecte la sécurité routière.

La loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende, portée à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool. La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont instauré un dépistage de l'usage de stupéfiants obligatoire sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Depuis l'adoption en 2011 de la loi

⁹ Décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 et circulaire du 9 mai 2008

d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure¹⁰ (dite LOPPSI 2) et sa circulaire d'application¹¹ (28 mars 2011), le dépistage de l'usage de produits stupéfiants est désormais obligatoire en cas d'accident corporel de la circulation, qu'il soit mortel ou non. De plus, la circulaire du 28 mars 2011 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière donne la possibilité, sur réquisition du procureur de la République, de contrôles aléatoires d'usage de stupéfiants sur l'ensemble des automobilistes (art. L.235-2 du code de la route, modifié par l'article 83 de la LOPPSI).

Usage de stupéfiants en milieu professionnel

La loi aggrave les sanctions pénales applicables aux salariés dépositaires de l'autorité publique (ou chargés d'une mission de service public ou encore relevant de la défense nationale) pris en infraction d'usage de drogues. Ils encourent désormais une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant maximal de 75 000 €. Les personnels des entreprises de transport public pris en infraction d'usage dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions encourent ces peines, auxquelles s'ajoutent des peines complémentaires d'interdiction professionnelle et l'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. Une proposition de loi de juillet 2011 prévoit que le médecin du travail soit habilité à juger de l'aptitude des salariés à occuper leur poste, prévenir l'employeur et orienter le cas échéant vers une désintoxication.

Trafic de stupéfiants

Le régime de répression du trafic de stupéfiants, l'un des plus sévères d'Europe, a été durci depuis la fin des années 1980. Des circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou encore dans les locaux de l'administration. Le dispositif législatif prévoit ainsi des peines distinctes selon le type d'infraction liée au trafic. Les peines minimales sanctionnent l'offre et la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986). Les peines maximales, elles, peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros (loi du 16 décembre 1992) pour certaines affaires de blanchiment (tel qu'il est défini dans la loi du 31 décembre 1987 et qualifié en infraction criminelle par les lois du 23 décembre 1988, du 12 juillet 1990 et du 13 mai 1996).

La loi prévoit des instruments et des procédures spécifiques de lutte contre le trafic, dont certains dérogoires au droit commun. Ainsi, la procédure de comparution immédiate peut être utilisée pour organiser la poursuite des petits trafiquants depuis la loi du 17 janvier 1986, qui permet de juger sans délai les usagers-revendeurs interpellés, au même titre que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales pour la répression du blanchiment mises en place à partir des années 1990 permettent aussi de poursuivre les trafiquants en se fondant sur leurs signes extérieurs de richesse : ainsi, ne pas « pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants » est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue ».

¹⁰ Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR: IOCX0903274L).

¹¹ Circulaire d'application du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière (NOR : IOCD1108865C).

La loi du 9 mars 2004 instaure, pour l'auteur d'infraction allant de l'offre à toutes les formes de trafic, des réductions de peines encourues si, « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, celui-ci a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables ». Cette possible exemption de peine pour les « repentis » du trafic est nouvelle dans la procédure pénale française. La loi a étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient pour le trafic (application de la peine de confiscation aux cas de cession et offre de stupéfiants).

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 prévoit des sanctions aggravées en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur » (jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende). Les peines pour les infractions commises sous l'emprise d'un stupéfiant ou en état d'ivresse sont aussi durcies. Par ailleurs, la loi organise des mesures d'investigation nouvelles (recherches fondées sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), achats surveillés ou procédures destinées à dépister les risques en amont).

Enfin, la loi¹² n° 2010-768 (dite loi Warsmann) a instauré une nouvelle procédure pénale permettant de saisir et confisquer le patrimoine des trafiquants de stupéfiants en cours d'enquête.

Trafic de drogues de synthèse

La fabrication et le commerce de produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants sont contrôlés depuis la loi du 19 juin 1996.

Substitution aux opiacés

Avec l'Allemagne, l'Irlande et la Grèce, la France est parmi les pays de l'Union européenne à avoir introduit le plus tardivement les traitements de substitution aux opiacés. La méthadone n'a en effet cessé d'être strictement expérimentale qu'au milieu des années 1990, par son autorisation de mise sur le marché en 1995 (circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995). La mise sur le marché de la méthadone a été suivie un an plus tard par celle de la buprénorphine haut dosage (en février 1996).

Considéré comme plus sûr que la méthadone (d'ailleurs non classé parmi les stupéfiants), le Subutex® pouvait être prescrit par tout médecin en dehors des centres spécialisés : ce cadre de prescription souple, alors que la méthadone était réservée – tout au moins pour la phase initiale du traitement – aux centres spécialisés, a conduit à un développement important de la substitution par BHD, qui représente environ 85 % du « marché » total des médicaments de substitution. C'est ce qui explique qu'une deuxième « porte d'entrée » vers la substitution, par l'intermédiaire des établissements de santé, ait été ouverte avec la circulaire DGS/DHOS 2002/57 du 30 janvier 2002 autorisant tout médecin exerçant en établissement de santé à initialiser un traitement par la méthadone.

Depuis 1993, plusieurs textes officiels et circulaires ont été publiés afin d'équilibrer la prescription et la dispensation des traitements de substitution en France. En avril 2008, les autorités de santé ont durci les conditions de prescription et de délivrance de la buprénorphine et de la méthadone. Pour obtenir un remboursement, le patient doit désormais obligatoirement

¹² Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR: JUSX0912931L).

révéler à son médecin le pharmacien qui délivrera le médicament. Quant au médecin, il doit mentionner sur la prescription la pharmacie en question.

Cadre légal de la réduction des risques

La politique de réduction des risques pour les usagers de drogue relève de l'État (article L.3121-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004). Elle vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose d'injection de drogue par voie intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants (article L.3121-4 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004). La loi du 9 août 2004 créant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques (article L3121-5 du code de la santé publique). Les CAARUD¹³ assurent ainsi l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé, le soutien aux usagers pour l'accès aux soins qui inclue l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers. Les CAARUD mènent des médiations sociales pour une bonne intégration dans le quartier et pour prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Leur coordination avec les autres structures a été précisée par circulaire¹⁴.

Depuis mai 1987¹⁵, la vente libre de seringues est autorisée dans les officines de pharmacie, les pharmacies à usage interne des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet. Depuis mars 1995¹⁶, elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé (article D. 3121-27 du code de la santé publique). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (art. D.3121-28 du code de la santé publique). Cependant, ni les pharmaciens ni les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis la suspension, opérée en 1987, des dispositions du décret de 1972.

À proximité immédiate des structures de réduction des risques ou des lieux d'échange de seringues (par exemple, des programmes d'échange de seringues, PES, en pharmacie), il n'est

¹³ Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 - art. 1 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006.

¹⁴ Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

¹⁵ Décrets n° 87-328 du 13 mai 1987 et n° 88-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 et Décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

¹⁶ Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

pas légal de recourir à une interpellation au seul chef d'usage de stupéfiants. D'ailleurs, le seul port d'une seringue n'est pas reconnu comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue a été élaboré (art. D. 3121-33 du code de la santé publique) et approuvé par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005. Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Orientations de la stratégie nationale de lutte contre les drogues

Le premier plan interministériel de lutte contre les drogues date de 1983. Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies en cours comprend près de 200 mesures pour la prévention, la répression, la prise en charge sanitaire et sociale, la recherche, l'observation, la formation et la coopération internationale. L'objectif prioritaire en prévention est d'éviter les entrées en consommation de drogues, les expérimentations étant de plus en plus précoces. Elle cible les jeunes et leur entourage (parents, éducateurs, etc.).

Le Plan indique plusieurs priorités pour l'application de la loi : l'abus d'alcool chez les plus jeunes, les infractions liées à l'usage de stupéfiants et/ou de tabac dans les lieux publics, le trafic de cannabis, la saisie et la confiscation pénales.

Il prévoit de nouvelles modalités de prise en charge pour les soins et l'insertion sociale, en particulier pour les mineurs, les femmes enceintes ou les parents d'enfants en bas âge, les usagers de cocaïne ou de crack et les sortants de prison. Il entend renforcer les capacités d'hébergement des personnes dépendantes en situation de vulnérabilité.

Enfin, en politique internationale, le plan 2008-2011 a trois grands objectifs :

- renforcement dans le cadre multilatéral, européen et bilatéral, des actions le long des routes du trafic (notamment en Afrique de l'Ouest et en Méditerranée, pour contrer les débouchés du cannabis et de la cocaïne en Europe et de l'héroïne en Europe centrale et balkanique) ;
- multiplication des accords avec les États concernés pour simplifier l'action internationale contre le détournement des précurseurs chimiques (notamment vers l'Afghanistan) ;
- développement de la coopération méditerranéenne pour coordonner la lutte anti-drogue en Méditerranée.

Le plan précédent (2004-2008) était inspiré par une politique orientée prioritairement vers les jeunes et vers la prévention, visant notamment à « casser l'expansion du cannabis » parmi les adolescents et les jeunes adultes. Sans y renoncer, le plan 2008-2011 adopte une approche forte d'application de la loi et de campagnes de communication ciblées. Ce plan s'inscrit dans la continuité du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du ministère

de la Santé adopté en novembre 2006¹⁷ qui vise à structurer l'offre et à renforcer les dispositifs existants (hôpitaux, centres médico-sociaux, ville).

Budget et dépenses publiques

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, les crédits du budget général de l'État alloués aux administrations publiques sont présentés par mission et par programme. Dans la lutte contre les drogues, l'État met en œuvre une trentaine de programmes ministériels. Il est ainsi possible de retracer sa politique même au sein d'actions plus larges. Les crédits attribués à la MILDT au titre du programme 129, « coordination du travail gouvernemental », y sont inclus. Ce n'est pas le cas des dépenses de l'Assurance maladie, néanmoins identifiables. La contribution de l'AM finance les structures d'addictologie et l'hôpital dans leurs missions auprès des usagers problématiques de drogues et sert également au remboursement des médicaments de substitution aux personnes sous traitement. Les dépenses publiques engagées dans la politique de prévention, de soins et de réduction de l'offre en matière de drogues ont fait l'objet de plusieurs études en France¹⁸. La plus récente évaluation des dépenses publiques attribuables aux drogues a été réalisée en 2007 sur les crédits déployés en 2005 [1]. Les méthodes de calcul étant spécifiques à chaque estimation, les comparaisons ne sont pas pertinentes.

1.2. Cadre légal

1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre)

Dans le champ des substances illicites, les efforts du législateur ont été consacrés à la **lutte contre le trafic** de stupéfiants et, notamment, à la modernisation du cadre procédural pour la conduite des enquêtes patrimoniales contre les profits du crime. La loi n° 2010-768¹⁹ (dite loi Warsmann) a complété, en juillet 2010, certaines dispositions du code de procédure pénale permettant la perquisition de « *tout ce qui paraît avoir été le produit direct ou indirect du crime* » (Art. 54 du code de procédure pénale), [...] ainsi que « la saisie et la confiscation des biens suspectés être le produit du trafic ». La circulaire n° CRIM-10-28-G3 présente les dispositions communes de droit interne prévues par la loi de 9 juillet 2010. Cette loi a transposé la décision-cadre européenne²⁰ de 2006 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions de confiscation. Elle a permis de refondre les précédentes dispositions applicables en dehors de l'UE pour étendre leur portée à toutes les conventions internationales dotées de mécanismes de reconnaissance des décisions de confiscation. Enfin, la loi de juillet 2010 a offert un cadre juridique précis aux exécutions transfrontalières des confiscations sur le fondement du principe international de réciprocité, lorsqu'il n'existe pas de convention

¹⁷ http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/sommaire.htm

¹⁸ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/pointsur.html>

¹⁹ Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR : JUSX0912931L).

²⁰ Décision-cadre 2006/783/JAI du 6 octobre 2006 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions de confiscation.

internationale applicable. Les dispositions spécifiques de la coopération pénale internationale sur les saisies et les confiscations sont présentées dans la circulaire²¹ du 22 décembre 2010.

Par ailleurs, la loi de juillet 2010 a donné naissance à l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) grâce à laquelle le législateur voudrait améliorer la gestion des recettes de la confiscation des biens des personnes reconnues coupables d'infraction de trafic de stupéfiants. Son décret²² d'application a été adopté en février 2011. Il précise l'organisation interne de l'Agence (art. 54-1 et suivants du code de procédure pénale). Les missions de l'Agence ainsi que les modalités concrètes de la saisine et de la collaboration avec les juridictions sont présentées dans la circulaire²³ du 3 février 2011. Parmi les missions de cette agence, celle de veiller à l'abondement du fonds de concours « Stupéfiants » (voir rubrique « Budget » du présent chapitre).

La **sécurité intérieure** a été un autre champ d'action du législateur sur la période. L'exécutif a fait adopter le 14 mars 2011, la loi n° 2011-267²⁴ d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (dite LOPPSI 2).

Enfin, la **cybercriminalité** : depuis l'adoption de la LOPPSI 2, l'utilisation frauduleuse des données à caractère personnel sur un réseau de communication public en ligne constitue une infraction, punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende (Art. 226-4-1 du code pénal). Par ailleurs, la loi du 14 mars 2011 prévoit des mesures de **prévention de la délinquance et de sécurité routière**.

À la liste des sanctions éducatives possibles contre un mineur délinquant, la circulaire²⁵ d'application de la LOPPSI relative à la prévention de la délinquance a ajouté l'instauration d'un couvre-feu administratif et judiciaire (de 23 heures à 6 heures du matin) sur les moins de 13 ans. Le Préfet est ainsi autorisé à prendre des arrêtés limitant la liberté d'aller et venir de ces jeunes sur la voie publique entre 23 heures et 6 heures. L'essor de la vidéo protection est facilité pour prévenir le trafic de stupéfiants. Cette mesure complète l'article 10 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995.

Depuis l'adoption de la LOPPSI, le dépistage de l'usage de produits stupéfiants est désormais obligatoire en cas d'accident corporel de la circulation, mortel ou non (circulaire²⁶ d'application du 28 mars 2011 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière). Cette circulaire autorise les contrôles aléatoires sur l'ensemble des automobilistes, pour usage stupéfiants, sur réquisition du procureur de la République (art. L.235-2 du code de la route, modifié par l'article 83 de la LOPPSI).

²¹ Circulaire du 22 décembre 2010 relative à la présentation des dispositions spécifiques de la loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à permettre l'exécution transfrontalière des confiscations en matière pénale (articles 694-10 à 694-13 et 713 à 713-41 du code de procédure pénale) (NOR : JUSD1033289C).

²² Décret n° 2011-134 du 1er février 2011 relatif à l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (NOR: JUSD1025713D).

²³ Circulaire du 3 février 2011 relative à la présentation de l'AGRASC et de ses missions (NOR : JUSD1103707C).

²⁴ Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR: IOCX0903274L).

²⁵ Circulaire du 28 mars 2011 d'application de la LOPPSI en ce qui concerne la prévention de la délinquance (NOR : IOCD1108861C).

²⁶ Circulaire du 28 mars 2011 d'application de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière (NOR : IOCD1108865C).

Concernant les **addictions sans substances**, la France a autorisé²⁷ en mai 2010 les jeux en ligne. Le cadre juridique de la politique de l'État concernant l'ouverture du marché des jeux d'argent et de hasard est fourni par la loi du 12 mai 2010. En autorisant le jeu et les paris en ligne, la volonté du législateur a été d'encadrer l'offre et la pratique des jeux et, tout particulièrement, d'en contrôler l'exploitation. La prévention du jeu excessif ou pathologique et la protection des mineurs figurent parmi les objectifs prioritaires (art. 3). Les jeux sont interdits aux mineurs. Les opérateurs sont tenus d'empêcher la participation des mineurs aux jeux ou aux paris qu'ils proposent en ligne. Sur son site, l'opérateur a obligation d'exiger la date de naissance du joueur au moment de l'inscription, ainsi qu'à chacune de ses visites (art. 5).

L'opérateur est également tenu, lorsqu'un client potentiel veut s'inscrire sur son site, d'interroger l'Autorité de régulation des jeux en ligne, qui le renseigne sur l'inscription ou non du client candidat dans le fichier des interdits de jeu, tenu par le ministère de l'Intérieur. Toute personne interdite de jeu en vertu de la réglementation en vigueur, ou exclue de jeu à sa demande, y est répertoriée. Afin de prévenir les risques de dérive, l'opérateur doit mettre en place des mécanismes de modération et d'autolimitation des dépôts et des mises. Il doit communiquer en permanence à tout joueur son solde et afficher des messages de mise en garde. Il doit informer sur son site des procédures d'inscription sur les fichiers des interdits de jeu (art. 26 à 30). Ces dispositions législatives ont donné lieu à de nombreux textes d'application (sept décrets et trois arrêtés). Parmi eux :

- Le décret²⁸ n° 2010-509 du 18 mai 2010 précise les obligations des opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne, en vue du contrôle des données de jeux par l'Autorité de régulation des jeux en ligne ;
- Le décret²⁹ n° 2010-623 du 8 juin 2010 énumère et fixe les obligations d'information des opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne pour la prévention des risques liés à la pratique du jeu ;
- Le décret³⁰ n° 2010-624 du 8 juin 2010 relatif à l'information des joueurs quant aux risques liés à la pratique du jeu ;
- L'arrêté³¹ du 8 juin 2010 définit le contenu et les modalités d'affichage du message d'information sur la procédure d'inscription sur le fichier des interdits de jeu.

Enfin, le décret³² du 9 mars 2011 a créé une instance chargée d'émettre un avis éclairé au gouvernement sur toute question relative aux jeux. Plus précisément, il s'agit d'un comité

²⁷ Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne (NOR BCFX0904879L).

²⁸ Décret n°2010-509 du 18 mai 2010 relatif aux obligations imposées aux opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne en vue du contrôle des données de jeux par l'Autorité de régulation des jeux en ligne (NOR : BCRB1012570D).

²⁹ Décret n°2010-623 du 8 juin 2010 fixant les obligations d'information des opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne pour la prévention des risques liés à la pratique du jeu et modifiant le décret n°2010-518 du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne (NOR : BCRB1013829D).

³⁰ Décret n°2010-624 du 8 juin 2010 relatif à la réglementation des communications commerciales en faveur des opérateurs des jeux d'argent et de hasard ainsi qu'à l'information des joueurs quant aux risques liés à la pratique du jeu (NOR : BCRB1013925D).

³¹ Arrêté du 8 juin 2010 relatif au contenu et modalités d'affichage du message d'information relatif à la procédure d'inscription sur le fichier des interdits de jeu (NOR : BCRB 1015075A).

³² Décret n°2011-252 du 9 mars 2011 relatif au comité consultatif des jeux (NOR : BCRB1102248D).

consultatif des jeux doté entre autres d'un collège, d'un observatoire³³ des jeux et de deux commissions spécialisées.

Le dépistage de l'usage de substances psychoactives en milieu professionnel a fait l'objet d'une proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail³⁴. Elle habilitait les médecins du travail à juger de l'aptitude des salariés à occuper leur poste, à prévenir l'employeur et à orienter le cas échéant vers une désintoxication. Adoptée en première lecture par le Sénat le 27 janvier 2011, elle a été examinée par l'Assemblée nationale le 6 juillet 2011 et adoptée sans modification en 2^{ème} lecture par le Sénat le 8 juillet 2011. Elle suit l'avis³⁵ n° 114 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). La MILDT l'a saisi afin d'approfondir la réflexion sur les possibilités de dépistage des drogues au travail. Un premier avis du CCNE avait été émis en 1989, mais les progrès de fiabilité des tests de dépistage et le changement du contexte juridique et concurrentiel dans lequel travaillent les entreprises notamment ont justifié cette nouvelle saisine. Cet avis porte sur les enjeux éthiques de la détection des consommations au travail.

1.2.2. Textes de mise en application des lois

Les autorités sanitaires ont pris plusieurs décisions depuis 2010 participant à la **vigilance des pouvoirs publics envers l'apparition de nouvelles substances potentiellement dangereuses** :

- En 2010, le « Tapentadol et ses sels³⁶ » ont été classés comme stupéfiants ainsi que le « 4-méthylmethcathinone ou méphédronne, et ses sels »³⁷. Le classement de la méphédronne est effectué pour ses effets psychoactifs et son fort potentiel addictif et toxique. Elle répond à la proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) après avis de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes.
- En 2011, le 4-fluoroamphétamine³⁸ a été classé, par décision du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, par arrêté publié au Journal officiel le 16 mars 2011. Il est motivé par les propriétés pharmacologiques, les effets et les risques toxiques de cette substance, proches de ceux de l'amphétamine ou de la MDMA (ecstasy), ainsi que de sa diffusion en Europe.

Pour la lutte contre la diffusion de drogues de synthèse sur Internet, les autorités compétentes (AFSSAPS) ont créé une classification générique (par famille de molécules) complétant la classification par molécule.

³³ Arrêté du 11 mars 2011 portant nomination à l'observatoire des jeux (NOR : BCRB1103934A).

³⁴ Proposition de loi de M. Nicolas ABOUT et plusieurs de ses collègues relative à l'organisation de la médecine du travail, n° 106, déposée le 10 novembre 2010.

³⁵ Avis n° 114 du 5 mai 2011 émis par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail, Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection.

³⁶ Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1012703A).

³⁷ Arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1014839A).

³⁸ Arrêté du 7 mars 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. (NOR : ETSP 1106697A).

Le « Butorphanol³⁹ » intègre la liste des substances psychotropes. La liste des substances vénéneuses a été augmentée des produits suivants⁴⁰ : « Bazédoxifène », « Catumaxomab », « Eslicarbazépine », « Mifamurtide » et « Tramadol ». La vente libre de poppers a été interdite en 2011⁴¹ (arrêté du 29 juin 2011). Cette interdiction suit l'accroissement de leur diffusion en population générale. Selon le Baromètre santé 2010, 5,3 % des 18-64 ans en ont expérimenté au moins une fois au cours de leur vie, vs. 3,9 % en 2005. Les poppers (substance à base de nitrite d'alkyle) ont été popularisés par les populations gays dans les années 1970 et 1980. Ils créent un état d'euphorie et sont fréquemment consommés en soirée ou pour des relations sexuelles.

La commercialisation du GBL pourrait faire prochainement l'objet des mesures de contrôle. L'AFSSAPS étudie le moyen juridique de contrôler et réguler sa vente au public, alors qu'il est en vente libre pour un usage domestique.

Deux nouveaux arrêtés en 2010 ont été pris pour la prévention des mésusages de médicaments : l'arrêté du 25 janvier 2010 relatif à la délivrance de certains médicaments à base de Fentanyl⁴², désormais soumise à fractionnements ; l'arrêté du 12 octobre 2010 limitant la durée de prescription des médicaments contenant du clonazépam⁴³ à 12 semaines.

Un nouveau règlement de l'Union européenne⁴⁴ (UE) est en vigueur depuis le 7 mars 2011 sur la **fabrication et le commerce de produits « précurseurs »**. Son application est immédiate et obligatoire dans tout État membre. Il complète les dispositions appliquées au sein de l'UE sur les mesures de contrôle spécifiques requises lors de l'exportation de précurseurs de drogues en provenance d'Europe afin de prendre en compte le classement de l'acide phénylacétique dans la liste de substances à surveiller fixée par la convention des Nations unies.

La liste des substances et méthodes interdites **aux sportifs** du décret n° 2009-93 du 26 janvier 2009⁴⁵ a été modifiée par l'arrêté⁴⁶ du 25 juin 2010 (L. 232-26 du code du sport). En cas d'usage thérapeutique des substances et méthodes interdites⁴⁷, leur détention ou leur utilisation est soumise au dépôt obligatoire d'une déclaration d'usage à l'Agence française de lutte contre le dopage. En 2011, le régime des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques et la notion de

³⁹ Arrêté du 12 juin 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (NOR : SASP0913395A).

⁴⁰ Arrêté du 25 janvier 2010 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR : SASP1002251A).

⁴¹ Arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères (NOR : ETSP1117877A).

⁴² Arrêté du 25 janvier 2010 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de fentanyl (NOR : SASP1002259A).

⁴³ Arrêté du 12 octobre 2010 fixant la durée de prescription des médicaments contenant du clonazépam administrés par voie orale (NOR : SASP1026222A).

⁴⁴ Règlement (UE) N°225/2011 de la Commission du 7 mars 2011 modifiant le règlement (CE) n° 1277/2005 de la Commission établissant les modalités d'application du règlement (CE) n° 273/2004 du Parlement européen et du Conseil relatif aux précurseurs de drogues et du règlement (CE) n° 111/2005 du Conseil fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs des drogues entre la Communauté et les pays tiers.

⁴⁵ Décret n°2009-93 du 26 janvier 2009 portant publication de l'amendement à l'annexe de la convention contre le dopage, adopté le 13 novembre 2008 à Strasbourg, et à l'annexe 1 de la convention internationale contre le dopage dans le sport, adopté le 17 novembre 2008 à Paris (NOR : MAEJ0901116D).

⁴⁶ Arrêté du 25 juin 2010 fixant la liste des substances et méthodes dont la détention par le sportif est interdite en application de l'article L. 232-26 du code du sport (NOR : SASV1017161A).

⁴⁷ Arrêté du 25 juin 2010 fixant la liste des substances et méthodes nécessitant pour leur utilisation ou leur détention par le sportif une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques ou une déclaration d'usage (NOR : SASV1017154A).

déclaration d'usage introduite dans le code du sport par l'ordonnance du 14 avril 2010 relative à la protection de la santé des sportifs a été amendé par le décret⁴⁸ du 13 janvier 2011. Toujours en 2011, sont parus deux autres décrets relatifs à la lutte contre le dopage, le premier sur les contrôles⁴⁹ à réaliser et le second sur les sanctions⁵⁰ disciplinaires à appliquer.

Plusieurs décrets et arrêtés ont été adoptés en 2010 et 2011 sur la lutte contre le **blanchiment d'argent**. Ils s'inscrivent dans le cadre de l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux, de financement du terrorisme et la lutte contre la fraude fiscale. L'arrêté⁵¹ du 7 septembre 2010 établit les règles professionnelles de l'expertise comptable pour prévenir l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment et de terrorisme. Le décret⁵² n° 2010-1160 du 30 septembre 2010 renforce les moyens du service de traitement du renseignement et d'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIC). L'organisation et les modalités de fonctionnement du TRACFIC sont fixées par le décret⁵³ n° 2011-28 du 7 janvier 2011 et développées par l'arrêté⁵⁴.

Pour l'**accès au dépistage de maladies infectieuses**, deux arrêtés ont été promulgués en 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH (décret du 28 mai 2010 et du 9 novembre 2010).

Depuis le 28 mai 2010⁵⁵, le test de dépistage rapide du virus du sida pouvait être réalisé dans des « situations d'urgence », à savoir en cas d'accident d'exposition au sang, en cas d'exposition sexuelle récente, au cours d'un accouchement et en cas d'urgence diagnostique. Ce test rapide d'orientation diagnostique peut, depuis le 9 novembre⁵⁶ 2010, être fait sur toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé. La liste des personnes habilitées est élargie. Les tests pourront être utilisés dans différentes structures et par différents acteurs de santé :

- - un médecin exerçant en **cabinet libéral** ;
- - un médecin, un biologiste médical ou une sage-femme ainsi qu'un infirmier ou un technicien de laboratoire exerçant **dans un établissement ou dans un service de santé** ;
- - un médecin, un biologiste médical, une sage-femme ou un infirmier intervenant **dans une structure de prévention ou une structure associative impliquée dans la**

⁴⁸ Décret n° 2011-59 du 13 janvier 2011 portant diverses dispositions relatives à la lutte contre le dopage (NOR: SPOV1028918D). Version consolidée au 16 janvier 2011.

⁴⁹ Décret n° 2011-57 du 13 janvier 2011 relatif aux contrôles en matière de lutte contre le dopage (NOR : SPOV1017553D).

⁵⁰ Décret n° 2011-58 du 13 janvier 2011 relatif aux sanctions en matière de lutte contre le dopage (NOR : SPOV1017568D).

⁵¹ Arrêté du 7 septembre 2010 portant agrément des règles professionnelles relatives aux obligations des professionnels de l'expertise comptable pour la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme (NOR : ECET1023254A)

⁵² Rapport relatif au décret n° 2010-1160 du 30 septembre 2010 portant transfert de crédits (NOR : BCRB1017391D).

⁵³ Décret n° 2011-28 du 7 janvier 2011 relatif à l'organisation et aux modalités de fonctionnement du service à compétence nationale TRACFIN (NOR: EFIP1027334D). Version consolidée au 09 janvier 2011.

⁵⁴ Arrêté du 7 janvier 2011 portant organisation du service à compétence nationale TRACFIN (NOR: EFIP1027335A)

⁵⁵ Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence (NOR : SASP0908446A)

⁵⁶ Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) (NOR : SASP1026545A).

prévention sanitaire (à la condition que cette structure dispose de l'habilitation), un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative (à condition qu'il ait préalablement suivi une formation à l'utilisation des TROD).

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire dans certaines situations cliniques, l'arrêté⁵⁷ du 8 juillet 2010 autorise le médecin du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou du centre d'information de dépistage et de diagnostic (et de traitement) des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) à procéder à la levée de l'anonymat, sous réserve du consentement expresse et éclairé du patient (art. L3121-1 du CSP).

Enfin, dans le domaine de l'**information « grand public »**, le mandat du service téléphonique « Addictions drogues alcool info service » a été reconduit le 18 janvier 2011 pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2011. Financé et mis sous l'autorité directe de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) depuis 2009⁵⁸, ce service public propose écoute, information, soutien et orientation de tous les publics concernés par les questions de drogues illicites d'alcool et de jeu. Le service répond 7 jours sur 7 de 8 h à 2 h. Plusieurs numéros d'appel sont disponibles.

1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination

1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

À l'échelle nationale, les orientations interministérielles impulsées en 2010 par le gouvernement sur les drogues sont celles fixées par le plan gouvernemental « drogues » de 2008 (Rapport national France, 2008). Son volet « santé » reprend les mesures adoptées par le ministère de la Santé dans le cadre de son plan de 2007 de prévention et de prise en charge des addictions (Rapport national France, 2007). Placés aussi sous la tutelle des autorités sanitaires, deux autres plans pluriannuels ont récemment renforcé le volet sanitaire du plan gouvernemental en prévention et en prise en charge des hépatites.

Plan « hépatites » 2009-2012

En préparation depuis 2007, le **plan national de lutte contre les hépatites B et C a été rendu public le 24 février 2009** par le ministère de la Santé. Prévu pour une durée de quatre ans (2009-2012), le plan hépatites fait suite au Plan national de lutte contre l'hépatite C (1999-2002), au programme national des hépatites B et C (2002-2005) et aux mesures prises le 8 décembre 2005. Parmi les populations prioritaires du plan, les usagers de drogues, et tout particulièrement les injecteurs, l'usage de drogue étant considéré comme le mode de transmission principal du VHC. D'autres destinataires majeurs du plan sont les personnes ayant d'autres conduites à risque (multipartenaires), en situation de précarité ou incarcérées.

⁵⁷ Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (NOR: SASP1007832A).

⁵⁸ Arrêté n° 17 du 18 janvier 2011 approuvant la reconduction du groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service »

Par ailleurs, il s'inscrit dans la suite des constats établis par le rapport d'évaluation de la loi de santé publique de 2004, réalisé par le Haut conseil de la santé publique [2]. La loi quinquennale du 9 août 2004 avait pour objectif général de réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, en passant de 10-20 % des patients infectés à 7-14 % en 2008. Le suivi du taux de mortalité sur une période quinquennale pour une pathologie d'évolution longue n'apparaissant pas très pertinent, les experts du HCSP ont choisi de mettre d'avantage l'accent sur la prévention des hépatites virales.

La stratégie consistait en une combinaison de meilleure prévention, d'un dépistage plus accessible et d'une amélioration concomitante de l'accès aux traitements efficaces et aux prises en charge. Les axes prioritaires du nouveau plan hépatites sont : la réduction de la transmission des VHC et VHB, le renforcement du dépistage et de l'accès aux soins, la mise en place des mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral. Le plan porte une attention particulière à la qualité des soins et à la qualité de vie de personnes atteintes d'une hépatite chronique B ou C.

La loi de santé publique s'est donnée en 2004 d'autres objectifs plus spécifiques pour la lutte contre les hépatites : atteindre un taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B de 80 % pour la primovaccination chez les enfants et de 75 % chez les adolescents âgés de 15 ans ; augmenter de 25 % la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par le virus des hépatites virales et baisser en 5 ans d'au moins 20 % la prévalence des infections par le VHC parmi les usagers de substances illicites âgés de moins de 25 ans. Le rapport d'évaluation du HCSP a porté également sur la poursuite de ces objectifs. Ses conclusions et propositions serviront à élaborer la prochaine loi de santé publique qui décidera de la politique des autorités sanitaires, dont celle des addictions. Enfin, le plan hépatites prévoit la mise en place d'un comité interinstitutionnel de suivi chargé de son évaluation. Celle-ci sera confiée à un évaluateur externe et sa conduite est programmée pour 2012.

Plan « cancer » 2009-2013

Adopté en 2009, **le plan cancer 2009-2013**, lancé par le président de la République le 2 novembre 2009, comporte des mesures de lutte contre les hépatites. Pour mener à bien les 118 actions du plan programmées sur une période de cinq ans, un budget de 732,65 M€ a été alloué. Le plan cancer 2009-2013 a été fondé sur le rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld [3]. Il est dans la continuité du précédent plan cancer (2003-2007). Il capitalise ses acquis et suit des voies nouvelles, tout particulièrement face à trois nouveaux défis dont traitent les trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Plan « santé/prison »

En 2010, le ministère de la Santé et des Sports avec le concours du ministère de la Justice et des Libertés a élaboré un plan⁵⁹ d'actions stratégiques qui, pour les quatre ans à venir (2010-2014), définit la politique de santé en direction des personnes placées sous main de justice. Il s'agit du premier plan national pour améliorer la santé des personnes détenues. Les directions⁶⁰ d'administration centrale concernées, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP Santé) et un conseiller général des établissements de santé ont été associées à la préparation de ce plan « santé/prison ». Ce plan aborde tous les aspects de la politique sanitaire en détention, prévoit d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues, de renforcer les dispositifs de soins et de les faire évoluer, de prévoir des dispositifs renforcés pour certaines catégories de détenus (notamment les personnes présentant des troubles addictifs), etc. Il s'étend sur l'importance de la continuité des soins après la libération. Il prévoit la création d'appartements de coordination thérapeutique ou de lits halte-soins-santé, d'organiser l'accès à l'hébergement des personnes sortant de détention pour permettre la poursuite des soins, de mettre en place des référentiels communs et des formations communes. Un comité de pilotage institutionnel est chargé du suivi des actions du plan et de préparer un rapport annuel de bilan d'avancement. L'évaluation du plan est placée sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Sports.

Le plan gouvernemental 2008-2011 piloté par la MILDT prévoit la déclinaison territoriale de ses orientations nationales au sein des plans interministériels départementaux. Placé sous l'autorité du préfet du département, le chef de projet départemental élabore ces plans départementaux⁶¹. Il relaie la politique nationale et l'adapte aux situations et caractéristiques locales. Ces plans sont élaborés au sein du comité de pilotage départemental réunissant les différents services de l'État. Le comité de suivi recherche la cohérence avec les plans spécifiques du département (contrats de cohésion sociale, plans de sécurité routière, mesures de prévention de la délinquance, contrats de ville, programmes de santé publique, schéma régional d'organisation de soins ambulatoire ou hospitalier et schéma régional médico-social). Les mesures des plans départementaux qui relèvent de l'action habituelle des services déconcentrés ou de l'assurance maladie sont financées sur leurs budgets respectifs. Les actions expérimentales des projets interministériels sont financées sur les crédits délégués de la MILDT (15 M€ en 2009, 13 M€ en 2010 et 11 M€ en 2011). Ces actions expérimentales rassemblent les services déconcentrés autour d'objectifs communs, par exemple, des formations interministérielles, des outils communs d'information et de prévention ou de connaissance pour l'ensemble des services. **La note de la MILDT du 4 novembre 2009⁶² aux chefs de projet départementaux** réaffirme leur légitimité pour impulser l'action des administrations et des institutionnels au niveau local et donne les indications d'action pour l'année 2010-2011 :

- **Prévention : la priorité doit être donnée aux actions locales** permettant de relayer les messages des campagnes de communication nationales menées en 2009 et en

⁵⁹ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, ministère de la Santé et des Sports et ministère de la Justice et des Libertés.

⁶⁰ Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

⁶¹ Note n°578 du 18 septembre 2008 du Président de la MILDT à l'attention de chefs de projet départementaux sous couvert des préfets de départements.

⁶² Note n°683 du 4 novembre 2009 de la MILDT à l'attention des chefs de projet départementaux sous couvert des préfets de départements.

2010 sur la dangerosité des produits, le statut légal des substances et le rôle des parents. D'autre part, un objectif majeur du plan départemental est de mobiliser les partenaires sociaux du département pour lancer des actions de prévention au travail et mener des actions pour l'implication des adultes dans la prévention des usages. Dans la continuité des orientations pour 2008 et 2009, les chefs de projets sont chargés de mener des actions de prévention auprès des établissements scolaires et universitaires, dans les milieux de loisirs et chez les populations sous main de justice. Dans le cadre de la politique de prévention de la délinquance impulsée par le plan gouvernemental, le développement des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits illicites à destination des usagers occasionnels est fortement encouragé.

- **Pour la politique de santé concernant les addictions**, le plan encourage la coordination des chefs de projets départementaux avec le chef de projet régional, interlocuteur privilégié des agences régionales de santé (ARS). Depuis la loi HPST⁶³ de juillet 2009 établissant le principe de la régionalisation des dispositifs de soins, les actions sanitaires doivent être programmées et évaluées au niveau régional. À **cette échelle**, le chef de projet départemental assure que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département en éducation à la santé, en offre de soins, en accompagnement social et en réduction des risques.
- Le plan départemental doit comporter des **actions de lutte contre le trafic local**. Plus précisément, il doit permettre d'identifier les lieux habituels des petits trafics qui alimentent l'économie souterraine et génèrent des nuisances sociales importantes, notamment aux abords des établissements scolaires. Le chef de projet mobilise les efforts des acteurs locaux et régionaux pour lutter contre les trafiquants et leurs avoires criminels.

1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie

La MILDT a annoncé juin 2011 la réalisation de la quasi-totalité des 193 actions inscrites dans le plan gouvernemental 2008-2011.

Information, communication, prévention

Pour l'information et la communication, une nouvelle campagne nationale « grand public » a été lancée en décembre 2010 (voir chapitre 3). La campagne « Contre la drogue chacun peut agir » a été destinée aux adultes afin qu'ils s'interrogent sur leur rôle dans la prévention de la consommation de drogues chez leurs enfants. Elle s'inscrit dans la suite des campagnes de 2009 : « Drogue, ne fermons pas les yeux » diffusée en octobre 2009 et « La drogue, si c'est interdit, ce n'est pas par hasard » en novembre 2009

Le plan gouvernemental voulait mobiliser les parents et les partenaires sociaux concernées par les addictions au travail pour la prévention de conduites addictives. Deux assises nationales ont été organisées par la MILDT en 2010 : l'une, sur la parentalité, s'est tenue les 6 et 7 mai 2010 et l'autre, sur les addictions en milieu professionnel, en juin 2010. Les assises nationales avaient

⁶³ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).

pour objectif de dresser un état de lieux des principales problématiques et d'aboutir à des recommandations (voir chapitre 3).

Application de la loi et lutte contre le trafic

Le dispositif des stages de sensibilisation adopté par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, à destination des usagers occasionnels de produits illicites dans le cadre de leur interpellation, a poursuivi sa montée en charge après une série d'actions de sensibilisation des parquets. Le bilan de la MILDT annonce un recours à ce dispositif dans plus de 70 % des juridictions. Le ministère de la Justice a confié son évaluation à l'OFDT. La publication de cette étude est prévue pour 2012.

La coopération internationale pour la lutte contre le trafic a été renforcée par le recours aux équipes communes d'enquête dans la lutte contre la criminalité transfrontalière. La MILDT décompte 24 d'équipes internationales mi-2011 (France, Espagne, Belgique, Hollande, Allemagne et Roumanie). En 2009, deux plates-formes d'officiers de liaison européens en Afrique de l'Ouest (Dakar et Accra) ont été créées afin de faciliter les échanges de renseignements opérationnels sur les affaires de trafic international de stupéfiants.

Des actions ciblées de lutte contre l'argent de la drogue ont été poursuivies : mesures organisationnelles ; formation pour les « Groupements d'intervention régionaux » (GIR) visant à améliorer le dispositif de saisie des avoirs criminels ; actions de sensibilisation à destination des professionnels des services répressifs ; parrainage de différents pays classés sensibles dans la lutte contre le trafic de stupéfiants. Les crédits de la MILDT ont permis l'installation d'un nouveau GIR en Guadeloupe et d'une antenne à Nice et à Bastia. Une division du renseignement et de la stratégie, financée essentiellement par la MILDT, a été créée à l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) afin de mesurer le trafic de stupéfiants et son évolution. Des « cyber patrouilles » ont été créées au sein des services de l'ordre pour lutter contre la cybercriminalité, et des bonnes pratiques ont été formalisées avec les fournisseurs d'accès. Enfin, de nouveaux tests de détection ont été lancés pour la lutte contre les précurseurs chimiques.

Prise en charge

La MILDT et les autorités sanitaires ont financé en 2009 et en 2010 des programmes expérimentaux au sein du dispositif médico-social à destination de publics particulièrement vulnérables (jeunes en difficulté, personnes détenues, femmes enceintes et avec enfants, personnes en difficulté sociale, etc.). Ces programmes prévoyaient de créer des passerelles entre le secteur médico-social et les structures relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, ou points d'accueil écoute jeunes, ou encore des structures sociales communément appelées de « droit commun » destinées à favoriser l'insertion et la réinsertion sociale des personnes présentant des addictions (voir 1.4.1.2 sur les crédits de l'Assurance maladie). La promotion de la qualité des pratiques professionnelles figure également au rang des priorités du plan gouvernemental. Ainsi, en lien avec le ministère de la Santé, la MILDT a mobilisé les professionnels concernés par l'importance d'une amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre des Consultations jeunes consommateurs. Ce type de dispositif croît encore numériquement (38 nouvelles CJC depuis 2008, 627 000 euros).

En 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne. Elles ont été insérées dans les appels d'offres ouverts aux CSAPA et ont notamment été prises en compte dans la prise en charge des usagers de

crack. Un effort a été consenti pour la promotion de pratiques de soins intégrées pour les patients présentant des comorbidités, somatiques ou psychiatriques, entre différents services au sein même des établissements hospitaliers, mais aussi dans une démarche de partenariat entre les CSAPA et les services hospitaliers. La MILDT appuie cette démarche de meilleure prise en charge de l'hépatite C des patients suivis dans les CSAPA-CAARUD et dans les Unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire (UCSA). Elle finance ainsi la mise à disposition d'une dizaine de Fibroscan (budget de 500 000 € sur les 10 % du fonds de concours consacré à la prévention) dans le cadre d'une recherche clinique quantitative et qualitative sur le développement d'unités de lieux de prévention, de soins et de réduction des risques des hépatites.

S'agissant des orientations départementales de politique de lutte contre les drogues, la note MILDT du 4 novembre 2009 aux chefs de projet départementaux rappelle l'intérêt de prévoir **l'évaluation des projets innovants**, en vue d'une pérennisation ou d'un nouveau portage. **L'évaluation des actions menées en 2009 est confiée à une commission placée auprès du préfet**. Elle délègue la mission d'évaluation à une sous-commission spécialisée qui, par ailleurs, définit les stratégies et projets à l'échelle de leur territoire à réaliser dès janvier 2010. La note MILDT de 2009 rappelle la création dans chaque région d'un dispositif d'appui méthodologique aux chefs de projet, destiné à éclairer leurs choix stratégiques et à définir des indicateurs pertinents de mesure de leur efficacité. Ce dispositif reprend les missions de conseil méthodologique et d'observation des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD), mis en place par la MILDT en 2005. **La note MILDT du 28 juillet 2009⁶⁴ à l'attention des chefs de projet régionaux** a rénové l'ancien dispositif d'appui régional porté par des associations afin de passer d'une logique de subvention de fonctionnement au réseau associatif à une logique de financement de projets mais aussi afin de renforcer le caractère interministériel du dispositif. Elle prévoit que la MILDT verse une dotation aux chefs de projets régionaux. Celle-ci financera l'organisme retenu par appel d'offre et avec lequel est signée une convention de prestation de service. En 2009, le budget CIRDD a été de 2,8 M€. En 2010, la dotation régionale pour l'appel d'offre restera stable.

1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues

La dépénalisation du cannabis a occupé une place importante du débat public français dans les médias au cours de l'été 2011, suite à la proposition de la commission Vaillant d'une « légalisation contrôlée » du cannabis [4].

1.3.4. Modalités de la coordination

Coordination interministérielle à l'échelle nationale

Afin d'améliorer la coordination de l'action interministérielle au niveau central, et par la loi de finances rectificative pour 2008 dans son article 38, l'État a doté la MILDT d'un instrument de pilotage permanent de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies : le document de politique transversale (DPT), dont le premier exercice a été réalisé en 2009 dans le cadre de

⁶⁴ Note MILDT n° 451 du 28 juillet 2009 à l'attention de Mesdames et Messieurs les chefs de projet régionaux chargés de la lutte contre la drogue et la toxicomanie [sous couvert des Mesdames et Messieurs les préfets de région] relative à la réforme du dispositif d'appui régional.

la loi de finances pour 2010. Élaboré par la MILDT avec le concours des responsables ministériels concernés, le DPT « drogues » sert d'outil organisationnel pour mobiliser les acteurs ministériels. Il est réalisé à partir des indicateurs des projets annuels de performances (PAP) liés aux programmes ministériels.

Coordination interministérielle au niveau territorial

Malgré la réforme introduite par la loi HPST conférant à la région la conduite de la politique sanitaire et malgré la volonté de la MILDT de conserver le niveau régional pour la mise en place de son nouveau dispositif d'appui « drogues », le pilotage de la politique gouvernementale des drogues au niveau départemental n'a pas été remis en question. La légitimité du chef de projet départemental pour impulser l'action des administrations à l'échelle du territoire est réaffirmée par la note MILDT du 4 novembre 2009 aux chefs de projet départementaux. La coordination est assurée par le chef de projet départemental au sein du comité de suivi, qui doit s'assurer que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département (voir 1.3.1.).

1.4. Analyse économique

1.4.1. Dépenses publiques

Les finances pour lutter contre les drogues et les toxicomanies proviennent essentiellement de l'État (loi de finances initiale et lois de finances rectificatives) et de l'Assurance maladie (loi de financement de la sécurité sociale et fichier ADELI présentant les montants de remboursement des médicaments).

1.4.1.1. Crédits de l'État

La contribution financière de l'État à la politique des drogues repose sur les crédits alloués à la MILDT et aux ministères concernés. À l'échelle territoriale, la MILDT et les ministères délèguent une partie de leurs crédits respectivement aux chefs de projet de lutte contre les drogues et aux services déconcentrés de l'État. Les crédits des pouvoirs publics affectés en 2010 et 2011 à la lutte contre les drogues et les toxicomanies sont rassemblés dans le Document de politique transversale « drogues » (DPT) annexé à la loi de finances pour 2011. Il fournit le montant des dépenses effectivement réalisées en 2009.

Crédits MILDT

Destinés à impulser et coordonner l'action interministérielle à l'échelle nationale et territoriale de lutte contre les drogues, les crédits attribués à la MILDT sont destinés au financement des outils communs d'information, de communication, de connaissance scientifique et de formation mis par la mission interministérielle au service des ministères concernés. Ils financent les actions d'accompagnement de projets innovants de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale, de respect de la loi et de lutte contre le trafic national et international. La MILDT délègue aux chefs de projet « drogues » une partie de ses crédits pour le pilotage de la politique nationale au niveau départemental. Pour 2009, le budget exécuté de la MILDT a été de 31 M€, en hausse de

19 % sur 2008. Les budgets pour 2010 et 2011 ont été revus à la baisse. Ils sont respectivement de 29,78M€ (LFI pour 2010⁶⁵) et 23,85 M€ (LFI pour 2011⁶⁶).

Crédits ministériels

En 2009, les dépenses des ministères et des services déconcentrés pour la politique transversale de lutte contre les drogues et les toxicomanies ont été de 1 018,45 M€ (budget exécuté en 2009) ; 1 056,35 M€ **en 2010** (LFI pour 2010). Pour 2011, les dépenses ministérielles sont estimées à 1 124,58 M€ (LFI pour 2011). Ces chiffres sont cependant approximatifs et à considérer avec précaution. Ces crédits représentent les dépenses à réaliser pour la mise en œuvre d'une trentaine de programmes ministériels ou actions qui y sont rattachées. L'estimation des crédits participant à la politique transversale a été établie par chaque responsable ministériel chargé de la réalisation du programme. La méthode d'estimation utilisée varie d'un programme à un autre. Pour certains programmes ou actions, il n'a pas été possible d'établir dans quelle proportion ils concourent spécifiquement à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Il est probable que l'évaluation des moyens ministériels déployés pour la politique des drogues soit surestimée.

1.4.1.2. Crédits de l'assurance maladie

À l'effort budgétaire de l'État pour la lutte contre les drogues et la toxicomanie, il faut ajouter les moyens d'intervention de l'Assurance maladie (AM) en santé publique. Il s'agit des crédits affectés au volet de prise en charge sociosanitaire et de la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues. Ce volet est porté essentiellement par le secteur médico-social en addictologie⁶⁷. L'AM contribue également aux dépenses engendrées par la politique de prévention et de prise en charge des addictions, à travers le remboursement des médicaments pour les traitements de substitution. Elle finance les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pour la mise en œuvre des mesures issues des plans de santé nationaux spécifiques aux drogues (plan « addictions » 2007-2011, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, plan « hépatites » 2009-2012).

Structures d'addictologie

En 2010, le financement des structures d'addictologie a été de 316,78 M€, dont 295,3 M€⁶⁸ constituent des dépenses de personnel et de fonctionnement des structures existantes, 12,25 M€⁶⁹ ont été destinés à renforcer des CSAPA et des CAARUD, 3,98 M€⁷⁰ à la mise en

⁶⁵ Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010 (NOR: BCFX0921637L). Version consolidée au 01 janvier 2011.

⁶⁶ Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 (NOR: BCRX1023155L) Version consolidée au 01 janvier 2011.

⁶⁷ Depuis l'adoption de la loi de santé publique de 2004, la loi de financement de la sécurité sociale doit prévoir un nouveau poste budgétaire destiné à financer les établissements médico-sociaux d'addictologie (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) spécifique médico-social).

⁶⁸ DPT pour 2011

⁶⁹ Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/DGS n° 2010-330 du 23 septembre 2010 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2010 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, appartement de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et lits d'accueil médicalisé (LAM) (NOR : MTSA1023248C)

⁷⁰ Conformément aux circulaires du 23 février 2009 et du 14 décembre 2009 qui prévoient le financement d'une communauté thérapeutique (1 M€) et d'une unité d'accueil court pour sortants de prison (0,3 M€) respectivement. Par ailleurs, il faut ajouter le

œuvre des mesures sanitaires et de réinsertion prévues par plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 pour 2010 et, enfin, 5,25 M€ à des actions santé-justice financées jusqu'en 2009 par la MILDT.

Le dispositif des conventions d'objectifs santé-justice a été créé en 1993⁷¹, d'abord à titre expérimental dans 15 départements considérés comme prioritaires pour la politique de la ville et le département de Paris, pour renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice. Les crédits « santé-justice » ont été étendus en 1999 à l'ensemble du territoire national et des nouveaux axes de travail ont été définis⁷² (par exemple, l'orientation éducative et sociosanitaire des mineurs ou l'élargissement aux auteurs d'infractions en lien avec l'alcool). L'animation du dispositif et le financement ont été assurés par la MILDT jusqu'en 2009.

financement de deux autres communautés thérapeutiques pour un montant total de 1,26 M€, prévu par la circulaire du 24 octobre 2006. Le financement total prévu s'élevait à 2,43 M€ (voir circulaire du 23 septembre 2010). Enfin, des mesures complémentaires ont été notifiées en décembre 2010 (circulaire Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/DGS n°2010/429 du 13 décembre 2010 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2010 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), Communautés thérapeutiques (CT), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Lits d'accueil médicalisé (LAM) (NOR : SCSA1032111C).

⁷¹ Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie (NOR : INTK 930009C).

⁷² Note d'orientation NM/CT/99-01/123 du 12 février 1999 pour la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs.

Tableau 1.1 : Crédits affectés au financement des structures d'addictologie pour l'année 2010 (loi de financement de l'Assurance maladie)

Type de dépense	Montants (en euros)
	ONDAM ⁷³ médico-social
Dépenses de personnel et de fonctionnement CAARUD et CSAPA	295 300 000 €
Crédits pour le renforcement de structures existantes⁷⁴	12 250 000 €
Crédits pour la mise en œuvre de mesures nouvelles affectés aux mesures du volet sanitaire et social du plan « drogues »	3 976 287 €
Crédits pour la mise en œuvre de mesures nouvelles correspondants à la reprise du financement des actions santé justice	5 249 006 €
Total pour le financement de structures d'addictologie	316 775 293 €

Les montants des financements par l'Assurance maladie autorisés au titre de l'exercice 2010 en faveur des mesures de santé publique du « plan gouvernemental » sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Il présente les projets retenus et la liste de structures d'addictologie qui les portent ainsi que les enveloppes budgétaires prévues. Les agences régionales de santé (ARS) doivent assurer à l'échelle territoriale que les crédits affectés soient effectivement employés et que les structures soient en mesure de réaliser leurs projets.

⁷³ Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) spécifique Assurance Maladie.

⁷⁴ Dont 0,7 M€ au titre du plan « hépatites » pour 2010 : 500 000 € afin que les CSAPA puissent proposer aux patients qu'ils accueillent du dépistage gratuit de l'hépatite B ainsi qu'une vaccination gratuite et 200 000 € pour que les CAARUD incitent les usagers de drogues accueillis à se faire dépister (hépatites B et C) dans le cadre de conventions entre les CAARUD et les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Tableau 1.2 : Détail des projets financés en faveur des mesures de santé publique du plan 2008-2012.

En EUROS	Appels d'offre 2010 (circulaire du 2/07/2010) - Notification (circulaires du 13/12/2010 et du 17/01/2011)		
Type de mesure	Région	Porteur du projet	Budget
Création de places d'hébergement en CSAPA pour des femmes avec enfants	Aquitaine	Association Suerte	150 000
	Île-de-France	Association Aurore	149 850
Création de places d'hébergement en CSAPA pour des usagers de crack	Midi-Pyrénées	Csapa Le Peyry	160 000
Consultation avancée addiction en CHRS	Franche Comté	Csapa Soléa	69 600
	Lorraine	Csapa Centr'aide St Mihiel	70 000
Unité mère enfant en CSAPA avec hébergement collectif	Aquitaine	Hôpital Avicenne-Csapa Boucebc	169 000
	Île-de-France	CH Perrens	169 000
Accueil spécifique pour les femmes en CSAPA ambulatoire et CAARUD	Basse Normandie	Anpaa 14	6 000
	Centre	CAET Bourges	6 000
	Guyane	Saint Laurent	6 000
	Haute-Normandie	Elbeuf	6 000
	Île-de-France	APS Contact	6 000
	Île-de-France	Csapa Litoral	6 000
	Languedoc-Roussillon	APSA 30-Caarud Logos	6 000
	Limousin	Csapa Bobillot	6 000
	Lorraine	Caardu Avsea	6 000
	Lorraine	Caarud Echange	6 000
	Midi-Pyrénées	Anpaa 31	6 000
	Nord Pas de Calais	Caarud Oxygène	6 000
	Pays de la Loire	Caarud AIDES et Csapa La Métairie et Csapa Anpaa 85	6 000
	Rhône-Alpes	Caardu Pause du Diabolo	6 000
	Rhône-Alpes	Csapa GISME	6 000
	Consultations avancées en AHI	Lorraine	CMSEA-Csapa les Wads
Picardie		Le Mail	9 000
Partenariat entre Csapa, Caarud et structures AHI	Alsace	Csapa ALT	9 000
	Aquitaine	Csapa La Source	9 000

	Bourgogne	Anpaa 71	9 000
	Haute-Normandie	Caarud Adissa	6 000
	Lorraine	Caardu La Croisée	6 000
	Picardie	Caarud SATO	6 000
Consultations consommations cocaïne au sein de CSAPA	Aquitaine	Ceid	20 500
	Aquitaine	Bizia	20 500
	Île-de-France	Espace Murger	20 500
	PACA	Bus	20 500
	Rhône-Alpes	LYADE	20 500
Consultations jeunes consommateurs (CJC)	Centre	CAEF Bourges	16 140
	Centre	APLEAT	16 530
	Haute-Normandie	ADISSA Vernon	16 700
	Haute-Normandie	ADISSA Andels	16 700
	Haute-Normandie	Centre hospitalier de Gisors	11 000
	Île-de-France	ASCPLT Rivage	16 700
	Languedoc-Roussillon	APSA	16 700
	Midi-Pyrénées	Anpaa 82	16 220
	Nord Pas de Calais	Parachute	16 700
	Picardie	Centre horizon	16 700
	Picardie	Anpaa 60 - CJC Nord Ouest Oise	16 700
	Picardie	Anpaa 60 - CJC Est Oise	16 700
	Poitou-Charentes	Centre hospitalier de Jonzac	16 700
	Rhône-Alpes	Anpaa 74	16 700
	Création de places d'hébergement pour des personnes sortant de prison (unités d'accueil court et d'accès rapide)	Île-de-France	Csst Saint Germain Pierre Nicole
Communautés thérapeutiques	Île-de-France		592 520
	Nord Pas de Calais		663 927
	Rhône-Alpes		1 000 000
Mesures nouvelles du plan 2008-2012 au titre de la campagne 2010 sur l'ONDAM spécifique médico-social			3 976 287

Hôpital

Parmi les financements de l'assurance maladie aux établissements de santé, l'Hôpital est financé pour 2010 à hauteur de 39,72 M€⁷⁵ pour l'application des mesures de santé publique inscrites dans le plan « addictions » 2007-2011. Ces crédits se répartissent comme suit :

- 15,7 M€ pour la création ou le renforcement de structures de niveau 2 et 3⁷⁶ ;
- 10,16 M€ pour la création ou le renforcement de consultations hospitalières en addictions ;
- 9,24 M€ pour le financement des hospitalisations à des fins de soins complexes ;
- 4,62 M€ pour la création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie ;

Par ailleurs, dans le cadre des actions de santé publique non ciblées, l'Assurance maladie finance des mesures en faveur des soins aux personnes détenues. En 2010, 7,41 M€ de crédits ont été engagés pour financer la création de nouvelles unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans les nouveaux établissements pénitentiaires. En complément, 10,52 M€ ont été déployés en 2010 pour la création ou le renforcement d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Enfin, des crédits spécifiques ont été attribués à l'aménagement de chambres sécurisées⁷⁷ dans certains établissements publics afin d'assurer les hospitalisations d'urgence ou de moins de 48 heures des personnes détenues

Médicaments TSO

La sécurité sociale rembourse également les médicaments nécessaires aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), un volume de dépenses important de l'AM pour traiter les addictions. Les données les plus récentes sont le montant des remboursements 2008, soit **79,967 M€**, dont 66,446 M€ ont été consacrés aux remboursements de médicaments à base de buprénorphine et 13,521 M€ à la méthadone. Malgré la nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (BHD) parmi les prescriptions des TSO (les autorités sanitaires françaises ont fait ce choix stratégique au moment de l'introduction des TSO en France), la part proportionnelle du remboursement allant à la méthadone continue de croître, de 8 % en 2003 à 17 % en 2008. En 2008, le taux de variation constaté par rapport à l'année précédente reflète une baisse globale des remboursements des TSO d'environ 8 % (tous médicaments confondus).

⁷⁵ Circulaire n°DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé (NOR : SASH1014428C).

⁷⁶ Les établissements publics de santé de niveau 2 correspondent aux établissements de jour et de nuit ; le troisième niveau correspond à des hôpitaux de haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie et qui sont dotés d'un plateau technique adapté.

⁷⁷ Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées (NOR : JUSKO640033C).

1.4.2. Budget

En 2010, les **recettes** des cessions des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales d'affaires de stupéfiants ont atteint 21,07 M€⁷⁸. Cette somme provient du fonds de concours « Stupéfiants » créé en mars 1995⁷⁹ à l'initiative du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie de 1993. Depuis sa création, les juridictions chargées des affaires de saisie et de confiscation se sont heurtées à des difficultés pratiques. Afin d'améliorer le fonctionnement du fonds de concours « Stupéfiants », le décret d'application de la loi du 9 juillet 2010⁸⁰ a confié la gestion centralisée des sommes saisies à un établissement public auquel les juridictions doivent se référer. Il s'agit de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) qui a été placée sous la tutelle du ministère de la Justice et du ministère du Budget. Parmi ses missions, l'AGRASC est chargée de veiller à l'abondement du fonds de concours « Stupéfiants ». La circulaire⁸¹ de février 2011 prévoit que les juridictions transmettent à l'Agence une copie certifiée conforme de la décision de confiscation devenue définitive, ainsi que la copie de l'inventaire des sommes appropriées par l'État. Lorsque les affaires relèvent du champ d'application du décret du 17 mars 1995, l'AGRASC est chargée de procéder à l'abondement du fonds de concours géré par la MILDT. La gestion de l'attribution du produit du fonds de concours « Stupéfiants » demeure une responsabilité de la MILDT : 90 % de la somme est redistribuée aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et l'application de la loi pour financer l'acquisition d'équipements ou de services destinés à la lutte anti-drogue. Les 10 % restant peuvent servir à financer les actions de prévention menées par les ministères concernés.

1.4.3. Coût social

Depuis une dizaine d'années, à l'initiative de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le coût social des drogues licites et illicites a régulièrement fait l'objet de publications. La première étude [5] remonte aux années 1990. Elle portait sur les méthodes possibles de calcul. Les premières estimations ont été présentées dans le rapport Kopp et Fénoglio [6] sur *Le coût social des drogues*. Ce premier travail évaluait le coût supporté annuellement par la collectivité à 2 035,24 M€. Depuis, les estimations ont été régulières. La nécessité d'une réévaluation permanente a une double explication : elle se justifie par la parution de nouvelles données initialement indisponibles (par exemple les traitements de certaines pathologies) mais aussi par la nécessaire prise en compte de nouvelles méthodes de calcul, suggérées par le débat public, des résultats antérieurs. Ainsi, Kopp et Fenoglio⁸² (2004) évaluent le coût social des drogues illicites à 2 333,54 M€ en 2004. Une nouvelle estimation en 2005 conclut à un coût social de 2 824,44 M€ [7]⁸³.

⁷⁸ Annexe au PLF pour 2010 : Etat récapitulatif des crédits de fonds de concours et attribution de produits.

⁷⁹ Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (BUDB9560005D) et arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (SANG9502738A).

⁸⁰ Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR: JUSX0912931L).

⁸¹ Circulaire du 3 février 2011 relative à la présentation de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) et de ses missions (NOR : JUSD1103707C).

⁸² <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkk6.pdf>

⁸³ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxkm5.pdf>

2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

2.1. Introduction

Une des missions de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est de proposer une vision précise des phénomènes d'usages et d'en suivre les évolutions à l'échelle nationale. Depuis 1997, il a contribué à la mise en place d'enquêtes quantitatives sur les usages de drogues auprès d'échantillons et/ou sous-échantillons représentatifs de la population française âgés de 12 à 75 ans. Répétées régulièrement, celles-ci permettent aussi de suivre les évolutions dans les comportements de consommation de substances. Il s'agit donc à la fois de :

- quantifier les niveaux des usages des différents produits ;
- décrire la diversité de ces usages ;
- mesurer les liens avec d'autres facteurs ;
- observer des tendances d'évolution ;
- réaliser des cartographies régionales et départementales ;
- mesurer les représentations, perceptions et opinions sur les psychotropes.

Les enquêtes en population générale permettent d'obtenir des informations surtout sur l'usage simple et sur les drogues les plus consommées. Elles permettent de quantifier l'usage en population socialement insérée. Elles ne sont pas adaptées pour identifier l'usage nocif et la dépendance aux drogues illicites (à l'exception du cannabis, largement consommé) ni l'émergence de nouvelles drogues.

Enfin, elles permettent aussi d'enrichir les mesures par de nouvelles distinctions entre usages (usage récent, usage régulier, usage quotidien, etc.)

Le recours à d'autres outils complémentaires d'observation de nature différente tels que les dispositifs de veille TREND et SINTES de l'OFDT ou la réalisation d'études spécifiques qualitatives ou quantitatives est nécessaire pour atteindre les usagers les plus précaires, observer de manière plus précise les usagers récréatifs et festifs ou améliorer la compréhension des phénomènes par un éclairage qualitatif.

Le dispositif d'enquêtes

Au cœur du dispositif d'enquêtes en population générale, il y a cinq enquêtes régulières, menées auprès des adultes ou auprès des adolescents, selon deux modes de recueil : le téléphone après un tirage au sort de la personne interrogée et le questionnaire papier autoadministré. Le premier mode concerne les adultes âgés de 15 ans et plus. Deux enquêtes y ont recours : l'Enquête sur les représentations, perceptions et opinions sur les psychotropes (ERROP, cf. Annexe VI-J) auprès des 15-64 ans et l'enquête de consommation de drogues illicites intégrée dans le Baromètre santé (cf. Annexe VI-A). Cette dernière est réalisée par

l'INPES depuis 1992. Elle interroge les 15-75 ans (15-85 ans en 2010) sur leurs comportements et leurs attitudes de santé.

Ces enquêtes sont imparfaites pour décrire toutes les pratiques hétérogènes des sous-populations. D'où le développement d'enquêtes auprès des adolescents, âge de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois de l'entrée dans un usage plus régulier. L'OFDT réalise trois enquêtes auprès de cette population en utilisant le mode de recueil le plus approprié, le questionnaire papier autoadministré. L'enquête en milieu scolaire European School Survey on Alcohol et Other Drugs (ESPAD) permet d'observer les usages des jeunes gens de 16 ans scolarisés. Pour pallier les limites de cette enquête en milieu scolaire (absence des adolescents déscolarisés, sous-estimation de l'absentéisme...), l'OFDT a mis en place une enquête auprès des jeunes de 17 ans réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC, ex Journée d'appel de préparation à la défense, JAPD). Tous les appelés présents certains jours donnés remplissent un questionnaire sur leur santé et leurs consommations. Enfin, l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HSBC), menée dans 41 pays ou régions, interroge des jeunes scolarisés de 11, 13 et 15 ans.

Ces trois enquêtes en population adolescente permettent donc d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans, notamment les usages réguliers de cannabis. Toutefois, c'est à la fin de l'adolescence (17 ans) que l'observation des comportements permet le mieux de distinguer les individus qui sont réellement engagés dans la consommation de ceux qui ne le sont pas.

Les données de cadrage

Une hiérarchisation des produits par le nombre de consommateurs est possible avec les enquêtes en population générale (tableau 2.1). Ces chiffres donnent des ordres de grandeur. Ce sont des données de cadrage et non des estimations exactes.

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la substance qui prédomine, avec une estimation de 13,2 millions d'expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie). Son usage régulier concerne près d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà et touche environ dix fois moins de personnes que ce soit en expérimentation ou en usage dans l'année.

Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers						
dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers						
réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers						
quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du Rectorat de Toulouse)

// : non disponible

Définitions :

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, *tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois ou d'au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions

Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage. En effet une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)

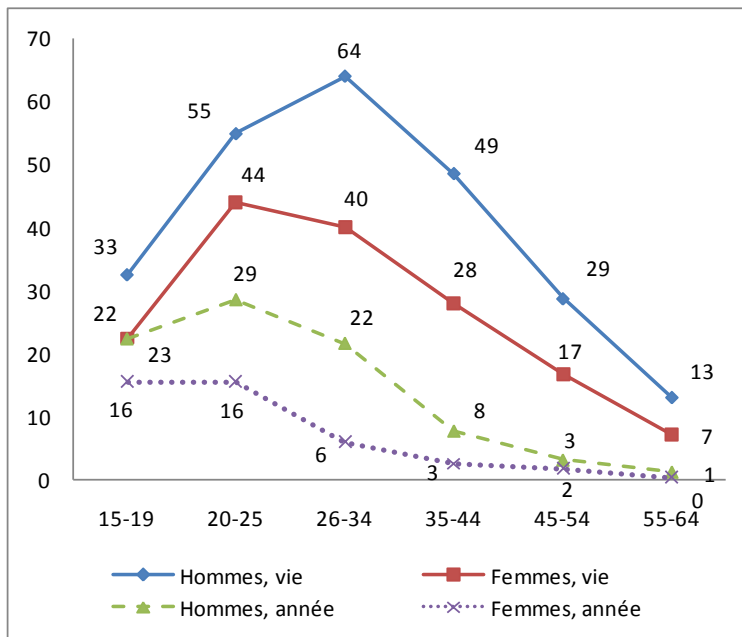
Hausse mécanique de l'expérimentation et stabilisation des autres niveaux d'usage du cannabis parmi les 15-64 ans (cf. standard table 1)

Le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les adultes âgés de 15 à 64 ans, environ un tiers (32 %) déclarent avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation concerne davantage les hommes que les femmes (40 % contre 25 %). L'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 8 % des 15-64 ans (12 % des hommes et 5 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 5 %.

Même si l'expérimentation est passée de 29 % à 32 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010 (tableau 2-2), la consommation de cannabis s'avère stable. En effet, les autres formes d'usage étant également stables, la légère hausse observée est mécanique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs. Cette stabilité cache des disparités générationnelles : l'usage actuel (surtout l'usage régulier) est en hausse pour les femmes de 20-25 ans (de 39 % en 2005 à 44 % en 2010), tandis que le niveau de l'expérimentation est en

baisse pour les filles de 15-19 ans et chez les hommes de 15-25 ans. La proportion d'individus expérimentateurs de cannabis est maximale entre 26 et 34 ans chez les hommes (64 %) et diminue ensuite jusqu'à 13 % entre 55 et 64 ans. Chez les femmes, les expérimentatrices de cannabis représentent autour de 37 % des 15-34 ans et seulement 7 % des 55-64 ans. La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (21 % des 15-25 ans). Elle diminue ensuite avec l'âge. Elle est quasiment nulle à 55-64 ans (Figure 2-1).

Figure 2-1 : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge



Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

Hausse significative de l'expérimentation de la cocaïne pour les deux sexes

Depuis le début des années 1990, la disponibilité des substances stimulantes, cocaïne ou autres drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, etc.), s'est développée en France. L'émergence puis la diffusion relative de la forme base de la cocaïne⁸⁴, le crack (dont la consommation est néanmoins rare), s'est produite au cours de la même décennie.

Avec 1,5 million d'expérimentateurs de 11 à 75 ans (soit 3 % de la population générale) et 400 000 consommateurs au cours de l'année (0,8 % de la population générale), la cocaïne se situe au deuxième rang des produits illicites les plus consommés, très loin derrière le cannabis et les substances psychoactives licites. En 2010, 3,6 % des 15-64 ans interrogés par le Baromètre santé l'ont expérimentée et 0,9 % en a consommé au cours de l'année (tableau 2-2). La hausse de sa diffusion est néanmoins très nette. Elle traduit la démocratisation d'une substance autrefois circonscrite à des catégories aisées. Depuis quelques années, des sphères de plus en plus larges de la société l'expérimentent ou la consomment. L'usage actuel (au cours

⁸⁴ Forme de la cocaïne fumable obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la forme chlorhydrate (poudre) de la cocaïne.

de l'année) comme l'expérimentation concernant environ trois fois plus d'hommes que de femmes.

La part des expérimentateurs de cocaïne est maximale chez les 26-34 ans (8 % de l'ensemble, 11 % chez les hommes, 4 % chez les femmes). Les expérimentateurs sont moins nombreux dans les générations antérieures. Parmi les 15-64 ans, la rencontre survient en moyenne à 22,5 ans.

L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 15-25 ans (1,9 % de l'ensemble, 2,8 % chez les hommes, 1,1 % chez les femmes) pour régresser ensuite et devenir pratiquement nul à partir de 55 ans.

La part des 15-64 ans expérimentateurs de cocaïne a été multipliée par trois en 15 ans, de 1,2 % en 1995 à 3,6 % en 2010. Elle a augmenté d'un tiers entre les deux dernières enquêtes du Baromètre. L'usage dans l'année a presque doublé entre 2005 et 2010 chez les 15-64 ans, de 0,5 % en 2005 à 0,9 % en 2010 (tableau 2.2).

Tableau 2.2. : Niveau d'usage par produits parmi les 15-64 ans (en %)

	Expérimentation	Usage actuel
Cannabis	32,1	8,4
Poppers	5,2	0,9
Cocaïne	3,6	0,9
Champignons hallucinogènes	3,1	0,2
Ecstasy/MDMA	2,5	0,3
Colles et solvants	1,9	0,4
LSD	1,7	0,2
Amphétamines	1,7	0,2
Héroïne	1,2	0,2

Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

Tableau 2.3 : évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2005	2010	2005 vs 2010	2005	2010	2005 vs 2010
Cannabis	28,8	32,1		8,3	11,8	
Poppers	3,8	5,2		0,6	0,9	
Cocaïne	2,4	3,6		0,5	0,9	
Champignons hallucinogènes	2,6	3,1		0,3	0,2	
Ecstasy/MDMA	2,0	2,5		0,5	0,3	
Colles et solvants	1,7	1,9		0,1	0,4	
LSD	1,5	1,7		0,1	0,2	
Amphétamines	1,3	1,7		0,1	0,2	
Héroïne	0,8	1,2		0,1	0,2	

Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

Augmentation de l'expérimentation de tous les produits à l'exception de l'ecstasy/MDMA, des colles et solvants et de l'amphétamine.

La consommation des autres drogues reste marginale sur l'ensemble de la population des 15-64 ans. Néanmoins, certaines substances ont connu une diffusion croissante depuis 2005.

C'est le cas de l'héroïne, dont les niveaux d'expérimentation et d'usage actuel augmentent. La prévalence de l'expérimentation d'héroïne passe de 0,8 % en 2005 à 1,2 % en 2010 chez les 15-64 ans. Elle est plus forte chez les hommes (1,8 % en 2010 vs 1,3 % en 2005).

Cette tendance à la hausse vient confirmer les observations qualitatives du dispositif TREND. Il signalait de 2004 à 2009 une montée de la disponibilité de l'héroïne sur les marchés locaux, puis un accroissement des consommations. À côté du renforcement de son usage dans les populations très précaires d'usagers de drogues, c'est surtout l'élargissement de celui-ci vers des populations insérées socialement (voire « très insérées ») et relativement jeunes qui est visible dans les données du Baromètre santé 2010, même si ce phénomène reste quantitativement très restreint. Cette hausse pourrait être due à l'extension de l'usage d'héroïne pour réguler les effets des stimulants consommés en contexte festif, mais aussi à son image, de moins en moins répulsive pour certains jeunes familiarisés avec les substances psychoactives. Majoritairement sniffée (ou fumée) par les nouveaux usagers socialement insérés, l'héroïne s'est libérée des trois facteurs qui l'associaient à la déchéance et à la mort : les surdoses, le sida et la dépendance, toutes trois attribuées à tort à la seule pratique de l'injection. La disponibilité des Traitements de substitution aux opiacés (TSO) apparaît en outre à ces jeunes usagers comme un filet de sécurité.

L'expérimentation des champignons hallucinogènes connaît une légère hausse pour les deux sexes, mais l'usage actuel reste stable.

Les niveaux d'expérimentation des amphétamines augmentent peu sur les deux périodes, passant de 1,3 % à 1,7 %. L'usage actuel d'ecstasy (sous sa forme comprimé comme sous sa forme poudre) baisse, bien qu'il poursuive sa diffusion dans la population. La faible qualité des comprimés d'ecstasy, dont la pureté moyenne en MDMA baisse année après année (voir chapitre 10) en a fait une substance principalement consommée par les usagers festifs les plus jeunes. Les consommations se reportent sur les formes poudre (ou gélule) et cristal de la MDMA, mais surtout vers l'amphétamine, la cocaïne ou d'autres stimulants synthétiques.

Les poppers

Dans le Baromètre santé 2010, les poppers (qui se présentent sous la forme de petites bouteilles à inhaler et dont le statut est particulier parmi les drogues illicites) représentent la substance psychoactive la plus couramment expérimentée après l'alcool, le tabac et le cannabis : 5,2 % des 15-64 ans déclarent les avoir expérimentés. Ils étaient 3,9 % en 2005. Beaucoup plus fréquente chez les hommes (7 % vs 4 % parmi les femmes), l'expérimentation du poppers est maximale parmi les 15-25 ans (9 % contre 5,5 % en 2005). En hausse aussi depuis 2005, la part des usagers actuels est passée de 0,6 % à 0,9 % en 2010, plus marquée pour les hommes de 18 à 25 ans.

2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)

Les enquêtes HBSC[8-9]{Adès et al. 2007; HBSC 2008} , ESPAD[10][10] et ESCAPAD présentent des résultats concordants : le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé parmi les adolescents et surtout parmi les garçons. À 15 ans, ils sont 28 % à déclarer en avoir déjà consommé au cours de leur vie (2006) et 42 % à 17 ans. L'usage dans le mois concerne 1 jeune sur 4 âgé de 17 ans et 15 % des 15 ans.

En dehors du cannabis, l'expérimentation de drogues illicites ou détournées reste rare. Chez les jeunes de 15 ans, les substances les plus courantes sont les solvants et les produits à inhaler, qui représentent 5 % des expérimentateurs. Viennent ensuite la cocaïne et le crack (3 %), les amphétamines, « les médicaments pour se droguer », tournant tous autour de 2 % et, pour terminer, l'héroïne et le LSD, qui ne dépassent pas la barre des 1 %.

Les jeunes de 17 ans sont plus nombreux à avoir expérimenté les produits illicites et ont testé d'autres produits : le poppers (13,7 %), les produits à inhaler (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,5 %) et la cocaïne (3,3 %). Les expérimentations déclarées sont faibles pour le GHB (0,4 % des jeunes de 17 ans), le crack et l'héroïne (1,1 %), les amphétamines (2,2 %). Il semblerait donc qu'il y ait un intérêt renouvelé pour les stimulants parmi certains groupes marginaux de la population adolescente, même si l'ecstasy semble être passée de mode.

Pour tous ces produits, le sexe ratio est proche de 1 et l'écart entre les sexes est non significatif pour les jeunes de 15 ans, à l'exception des « médicaments pour se droguer » pour lesquelles les filles sont proportionnellement plus nombreuses. La nature infime des écarts est principalement due au faible nombre d'expérimentateurs concernés à cet âge. Cela est confirmé avec les résultats des jeunes de 17 ans. En effet, l'écart entre les sexes est significatif chez les jeunes de 17 ans, quelque soit le produit, avec des sex ratios supérieurs à 2 pour le LSD, les champignons hallucinogènes, le Subutex® et la kétamine.

L'enquête ESCAPAD (Tableau 2-5) révèle pour la première fois en huit ans une augmentation des âges moyens d'expérimentation du cannabis. Il est probable que l'on assiste ici à un changement des comportements d'expérimentation. Quelques aspects inquiétants demeurent : l'augmentation de la diffusion entre 2005 et 2008 de la cocaïne (de 2,5 % à 3,3 %), des amphétamines (de 2,2 % à 2,7 %), du crack, de l'héroïne (de 0,7 % à 1 %), et du GHB (de 0,3 % à 0,4 %) même si ce comportement reste marginal.

Tableau 2.4 : Expérimentation de produits illicites ou détournés à l'âge de 15 ans (%)

	Garçons (%)	Filles (%)	Sex ratio	Toutes catégories confondues
Produits à inhaler	5	5	0,9 ns	5
Cocaïne & crack	3	3	1,1 ns	3
Amphétamines	3	2	1,5 ns	2
Médicaments pour se droguer	1	3	0,3***	2
Ecstasy	1	1	1,6 ns	1
Héroïne	1	1	1,3 ns	1
LSD	1	1	0,8 ns	1

Les symboles *, **, *** et ns correspondent à : Test du chi-2 test chi-2 pour une comparaison entre les sexes, respectivement important aux seuils 0,05, 0,01, 0,001 et non-significatif. Source : HBSC 2006, traité par l'OFDT.

Tableau 2.5 : Évolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2005 et 2008 à 17 ans (% et sex ratio)

	Garçons 2008	Filles 2008	Sex ratio	Ensemble 2008	Ensemble 2005	Évolution 1 (05/08)	Évolution 2 (05/08)
Cannabis expérimentation	46,3	37,9	1,2***	42,2	49,4	<i>-15%</i>	-7,2
Cannabis mois	29,5	19,8	1,5***	24,7	27,9	<i>-12%</i>	-3,2
Cannabis régulier (≥ 10 fois par mois)	10,7	3,9	2,7***	7,3	10,8	<i>-32%</i>	-3,4
Champignons hallucinogènes	4,9	2,2	2,3***	3,5	3,7	-4%	-0,14
Cocaïne	4,0	2,4	1,7***	3,3	2,5	29%	0,74
Ecstasy	3,6	2,1	1,7***	2,9	3,5	-18%	-0,63
Amphétamines	3,5	1,9	1,9***	2,7	2,2	24%	0,52
LSD	1,6	0,8	2,1***	1,2	1,1	10%	0,11
Heroïne	1,4	0,8	1,9***	1,1	0,7	56%	0,39
Crack	1,3	0,7	1,7***	1,0	0,7	44%	0,31
Kétamine	0,8	0,4	2,1***	0,6	0,4	28%	0,12
Subutex®	0,8	0,3	2,5***	0,5	0,5	2%	0,01
GHB	0,5	0,3	1,6**	0,4	0,3	63%	0,17

Ns, *, **, *** : p-valeur pour le test Chi² pour une comparaison entre les sexes : 0,05, 0,01 et 0,001.

Les augmentations importantes (p<0,05) sont indiquées en caractères gras. Les baisses importantes sont indiquées en italique.

1 : Changement relatif enregistré avec les chiffres exacts.

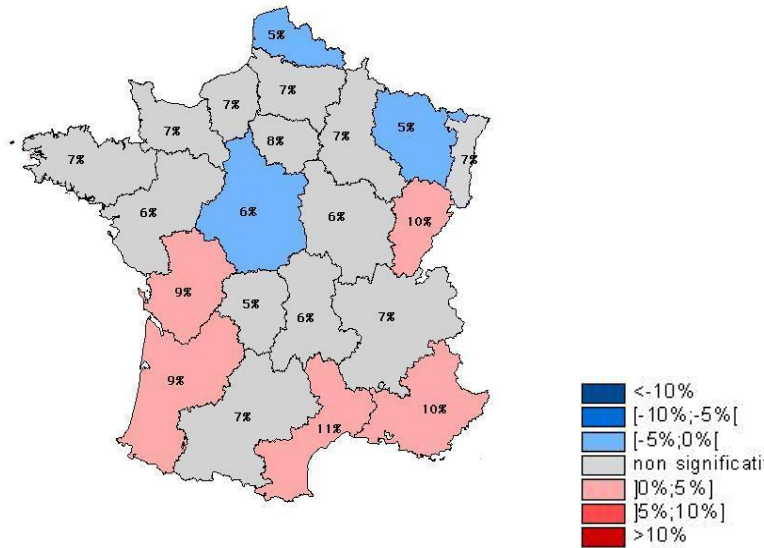
2 : Changements enregistrés avec les chiffres exacts.

Source : ESCAPAD 2008 OFDT

La répartition régionale des usages réguliers de cannabis

En 2008, la très grande majorité des régions présentent des niveaux d'usages réguliers de cannabis inférieurs ou comparables au reste du territoire. Il en résulte une cartographie régionale relativement homogène, puisque les variations de moyennes régionales sont faibles. Seules cinq régions (Aquitaine, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, PACA et Franche-Comté) se distinguent par une proportion d'adolescents âgés de 17 ans déclarant fumer du cannabis plus importante que dans le reste du territoire. Aucune de ces régions ne se dégage plus particulièrement : les écarts entre le niveau dans la région et le reste du territoire sont tous compris entre 0 et 5 %. La distribution révèle toutefois une opposition nord (où sont concentrées les régions peu consommatrices) et sud (où se situent les régions plus consommatrices).

Carte 2-1 : Usage régulier (≥ 10 fois au cours des 30 derniers jours) de cannabis à 17 ans



fréquenté par les jeunes (18-35 ans). En effet, la diffusion importante de la musique techno au cours de la dernière décennie a induit une dilution des marges de l'espace « techno », identifié clairement auparavant (rave, free parties, teknival), dans l'espace festif généraliste. D'où une diffusion de quelques uns des marqueurs de la culture techno, en particulier une familiarisation d'une partie des jeunes avec l'usage récréatif de substances psychoactives. L'espace techno « des origines » demeure observable au sein du sous-espace « techno alternatif ». Les résultats de cette étude devraient être disponibles fin 2012.

3. Prévention

3.1. Introduction

Principes généraux et références

La politique de prévention des usages de drogues se définit en France comme l'intervention précoce auprès des jeunes pour retarder l'âge de l'initiation des consommations. En 1999, elle intègre également les usages de substances psychoactives licites (telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes) et recouvre dès lors non seulement l'endiguement des usages « simples » mais aussi celui des abus. Ces principes sont introduits et diffusés à travers le rapport dit « Parquet » [11] qui constitue la principale référence théorique de la philosophie française en matière de prévention. En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites addictives, relevant plus largement de l'éducation pour la santé.

Historiquement, les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues fixent les objectifs à moyen terme de la politique de prévention des usages de drogues. Cependant, d'autres textes programmatiques ou réglementaires d'envergure nationale ont plus ponctuellement contribué à en définir les contours : il s'agit par exemple du plan « La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 ».

Les principes et orientations émanant de ces différents documents sont traduits sous un angle plus pratique dans le guide de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, édité depuis 2005 par le ministère de l'Éducation nationale et la MILDT et mis à jour en 2010 [12-13]. L'INPES fait également le point sur les méthodes de prévention scientifiquement validées dans son *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire* [14]. Ces documents apparaissent comme les seules références nationales en matière de prévention. Ils abordent les approches scientifiquement validées mais demeurent seulement indicatifs. Aucun protocole précis de prévention des usages de drogues ne s'impose aux agents de l'État ni aux associations spécialisées en France.

Les notions de prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée, ne sont pas encore largement usitées, même si leur diffusion progresse dans les cercles professionnels et institutionnels. La référence à la « prévention primaire » persiste même si sa compréhension a nécessairement évolué depuis que l'action auprès des jeunes s'attache aussi à prévenir les abus (du fait principalement de l'intégration des drogues licites dans la problématique générale des addictions). Le discours se réfère davantage aux types d'usages ciblés (ex. : usages « simples », abus, consommations massives d'alcool) ou encore aux statuts institutionnels des publics destinataires des actions (jeunes scolarisés, travailleurs, personnes sous main de justice, etc.).

Contextes généraux et principaux acteurs

La prévention des usages de drogues s'inscrit dans une logique d'extension des missions des services de droit commun, garantis par l'État ou délégués au secteur associatif, selon une logique de proximité. Elle relève majoritairement de la prévention universelle. Les actions dirigées vers les publics jeunes sont le plus souvent organisées dans le cadre de l'enseignement secondaire où elles impliquent largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour leur réalisation. Trois grandes catégories d'acteurs interviennent auprès des jeunes : les intervenants des associations spécialisées de prévention ou d'éducation pour la

santé, les agents spécialisés de gendarmerie (FRAD) ou de police (PFAD)⁸⁶ et les personnels scolaires d'éducation, de santé ou social.

Dans l'enseignement secondaire, chaque chef d'établissement, président du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), fixe annuellement les actions de prévention à mener auprès des élèves. Les CESC rassemblant la communauté éducative et des acteurs compétents externes, afin de définir et coordonner la politique de prévention des drogues dans les collèges et lycées. Les chefs d'établissements reçoivent les recommandations de leurs administrations locales, en fonction des orientations ministérielles. Néanmoins, ils bénéficient d'une grande autonomie en la matière. Depuis 2006, la prévention des conduites addictives a trouvé un nouvel ancrage dans les missions fondamentales de l'Éducation nationale à travers l'institution du « socle commun de connaissances et de compétences », c'est-à-dire l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire pour sa vie de futur citoyen⁸⁷. Les « compétences sociales et civiques » et les compétences « autonomie et initiative » de ce socle (respectivement compétences 6 et 7) illustrent la contribution académique de l'Éducation nationale au développement d'aptitudes individuelles et sociales classiquement rattachées aux *lifeskills* et susceptibles d'être mobilisées par des élèves confrontés à l'offre de drogues. Les établissements d'enseignement agricole, secondaire et supérieur, sont aussi relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention mais sont grandement encouragés à s'y investir par leur ministère de tutelle, chargé de l'Agriculture et de la Pêche. Les professionnels de l'enseignement agricole bénéficient depuis 2001 du Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (Reseda) pour l'échange, la formation et la diffusion d'outils de prévention et d'appel d'offres en matière d'éducation pour la santé.

L'intervention auprès des étudiants (enseignement supérieur) revient aux services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I) UMPPS). Plusieurs associations ou mutuelles étudiantes sont aussi présentes sur ce terrain.

En milieu professionnel, la prévention des usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes est encadrée par le code du travail qui place l'obligation de sécurité à la charge de l'employeur et du salarié. Elle est conduite sous le pilotage des services santé au travail et, dans les entreprises de plus de 50 salariés, des CHSCT (Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, instances représentatives des personnels). Elle demeure à ce jour peu développée au-delà des procédures de dépistage encadrées par la médecine du travail. Les acteurs spécialisés, aussi bien du secteur associatif que de la police ou de la gendarmerie, peuvent être sollicités pour intervenir en milieu professionnel.

La prévention auprès de publics à risque (« prévention sélective ») ou de consommateurs (« prévention indiquée ») est principalement le fait des associations spécialisées, notamment dans les quartiers (hors environnement scolaire) ou dans des cadres judiciaires. C'est ainsi le cas pour les consultations « Jeunes consommateurs » et les stages de sensibilisation (cf. section 9.4).

⁸⁶ FRAD: Formateurs relais anti-drogue ; PFAD: Policiers relais antidrogue

⁸⁷ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation, NOR: MENE0601554D.

État des pratiques et observation

Depuis 2006, l'OFDT travaille à la mise en œuvre d'un système d'observation nationale sur les pratiques de prévention universelle ou sélective liées aux drogues licites et illicites en France. Ce système intitulé « RELIONPREDIL » (« Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux drogues illicites ou licites », voir annexe VI-W) vise à documenter et à suivre l'évolution des principales caractéristiques des actions de prévention locales menées en la matière. Il est suivi par un comité de pilotage rassemblant représentants ministériels et associatifs du champ. Sa particularité provient entre autres de sa couverture intersectorielle (milieux de l'enseignement, du travail, judiciaire, communautaire, etc.) et de son indépendance par rapport aux processus de financement des actions. Le dispositif a connu trois phases d'expérimentation localisées, la dernière en 2011, les réajustements étant dictés par des considérations méthodologiques ou l'évolution des ressources engagées. La complexité du champ de la prévention, (principes d'intervention et notion non stabilisés, multiplicité des acteurs, etc.) mais aussi la difficulté à motiver les réponses (lassitude des publics cibles aux demandes d'information, manque de temps ou de ressources pour la remontée d'information, etc.) suggèrent que le dispositif d'enquête n'a pas encore atteint sa maturité. L'enquête RELIONPREDIL n'en demeure pas moins unique. Son extension est à l'étude et se fera progressivement compte tenu de la difficulté de mise en œuvre.

En conséquence, la caractérisation des actions de prévention menées en France n'est pas disponible à ce jour.

Malgré l'absence de données nationales sur les pratiques de prévention, certaines évolutions transparaissent. Grâce aux efforts développés depuis 1999 pour professionnaliser et harmoniser l'offre de prévention, certains principes semblent désormais répandus : par exemple, l'insuffisance d'une approche informative pour modifier à elle seule les comportements d'usage, la pertinence du rôle préventif des parents, d'une approche interactive ou du développement de compétences psychosociales. Néanmoins, même s'ils sont connus, ces principes d'intervention demeurent difficiles à mettre en œuvre pour de nombreux acteurs.

Cadre législatif

La loi de santé publique de 2004, reprise par le code de l'éducation, fixe l'objectif minimal d'une séance annuelle par groupe d'âge homogène pour l'information sur « les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées (...) »⁸⁸.

Mais de façon générale, le levier législatif pèse davantage sur la restriction de l'accessibilité des produits ou les réponses judiciaires face aux usages illicites, comme les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants destinés aux usagers interpellés depuis 2008⁸⁹. La législation sur l'usage public, la publicité ou les conditions d'accessibilités liées à l'alcool ou au tabac existe depuis longtemps⁹⁰. Depuis novembre 2006, l'interdiction de fumer a été

⁸⁸ Loi de programmation de la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.

⁸⁹ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297 et circulaire CRIM 08-11/G409.05.2008 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR JUS D0811637 C).

⁹⁰ Citons par exemple : Ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 et loi n°74-631 du 5 juillet 1974 interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, loi n°91-32 du 10 janvier 1991 (dite Loi Évin) relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme,

généralisée à tout lieu accueillant du public, y compris les lieux de travail et les lieux de convivialité⁹¹.

Coordination nationale, locale et financement

Les politiques de prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies par les plans gouvernementaux pluriannuels, coordonnées par la MILDT. Elles peuvent trouver écho ou être complétées par des programmes ministériels ou des plans nationaux sur des thématiques connexes (ex. : cancer, hépatites), relevant de l'Éducation nationale ou de la Santé.

La déclinaison des orientations nationales au plan local est consignée dans les programmes départementaux de lutte contre les drogues et les dépendances. Elle est animée par les chefs de projet « drogues et dépendances » (nommés au sein du corps préfectoral), représentants locaux de la MILDT dans les régions et les départements (territoires administratifs sous-régional). Elle *s'appuie plus largement sur les services déconcentrés de l'État*. Les chefs de projet disposent de crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels.

Depuis 2007, la vente des biens réquisitionnés grâce à la répression du trafic de stupéfiants alimente le fonds de concours drogues géré par la MILDT. Ces fonds sont distribués pour 90 % à la lutte contre le trafic et 10 %, soit aujourd'hui 2,2 millions d'euros, vont aux actions de prévention. Le système national d'assurance maladie subventionne également des actions de prévention, sur appel d'offres, à travers le FNPEIS⁹². Parallèlement, des programmes territoriaux transversaux – relevant de la santé, de la lutte contre l'exclusion sociale, de la sécurité publique ou de la politique de la Ville – permettent également de redistribuer des crédits publics pour la prévention des usages de drogues. De plus, l'identification de zones d'intervention prioritaire en matière d'éducation ou d'aménagement du territoire (selon des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés.

Dispositifs de soutien aux décideurs et aux professionnels

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes médiatiques).

La Commission de validation des outils de prévention, coordonnée par la MILDT, fournit un avis sur la qualité et la pertinence des outils qui lui sont soumis.

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les associations spécialisées sont rassemblées autour d'organisations fédératives⁹³. Celles-ci

JO du 12 janvier 1991, p. 4148 (NOR : SPSX9000097L), Loi n°2003-715 instaurant l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (JO du 3 août 2003).

⁹¹ Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, NOR:SANX0609703D

⁹² Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

⁹³ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (www.fnes.info) ; ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (fondée en 1872, www.anpaa.asso.fr) ; Fédération Addiction, fusion de l'Anitea (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) et de la F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de

mettent en place aussi des formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseaux documentaires liés à la réduction de la demande de drogues.

Enfin, dans certaines régions, les chefs de projets bénéficient d'une structure d'appui technique plus particulièrement tournée vers la méthodologie de projets, l'observation et le diagnostic au plan local des niveaux de consommations et des réponses publiques.

Campagnes médias nationales et locales

Les campagnes médias des pouvoirs publics concernant les drogues illicites ont pour objectif d'informer et/ou d'alerter sur les substances et leurs consommations.

Depuis une dizaine d'années, ces campagnes ont eu comme émetteurs la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie associée le plus souvent à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que les ministères concernés (Santé, Justice).

Ces actions médiatiques sont menées à des intervalles et des rythmes très variables ; de même, la nature des messages de prévention, des produits mentionnés (approche globale ou non) et des publics ciblés en priorité (jeunes, parents, ensemble de la population mais aussi professionnels parfois) varie selon les orientations des plans de lutte gouvernementaux.

Les supports utilisés dans la mise en place de ces dispositifs médiatiques sont eux aussi divers : presse, affichage, radio, télévision mais aussi de plus en plus souvent Internet. Enfin, le budget consacré à de telles actions n'est pas uniforme selon les vagues publicitaires.

Ces campagnes font l'objet la plupart du temps de prétests et peuvent également être soumises à des posttests : ceux-ci ont pour objectif d'évaluer leur impact en termes d'audience, de mémorisation et d'agrément qui peuvent autoriser certaines comparaisons.

3.2. Prévention universelle

L'actuel plan gouvernemental de lutte contre les drogues pose le principe d'une intervention préventive dans tous les lieux de vie des Français et particulièrement des jeunes publics. Pour ces derniers, cela se traduit par des attentes fortes tournées vers les établissements d'enseignement secondaire mais aussi ceux de l'enseignement supérieur, du fait notamment de la problématique saillante de l'alcoolisation massive. Cette optique de réponse globale implique également une dynamique particulière vers les familles et les adultes référents qu'il convient de stimuler et de conforter dans leur rôle préventif à l'égard des plus jeunes. L'école, les familles et le monde du travail sont les domaines d'action majeurs de la politique gouvernementale de prévention des drogues pour la période 2008-2011.

l'addictologie) (www.anitea.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida, (www.lecrips.net/reseau.htm).

3.2.1. Milieu scolaire

La prévention universelle liée aux drogues licites ou illicites est en France l'approche majoritaire développée en milieu scolaire. Elle s'exerce principalement vers les élèves de l'enseignement secondaire même si, depuis la parution en 2005 du guide d'intervention en milieu scolaire (sous l'égide du ministère de l'Éducation nationale et de la MILDT), la dernière année du niveau primaire (CM2 ou *5th grade*) doit constituer le premier temps d'un processus de prévention évoluant jusqu'à la fin du secondaire.

Le guide d'intervention mis à jour a été finalement diffusé en décembre 2010 [13].

En avril 2010, le site Internet du réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives a été officiellement inauguré⁹⁴. Il propose entre autres choses, les actes de colloques et outils destinés aux formateurs d'enseignants en éducation à la santé. En octobre 2010, la collaboration entre ce même réseau des IUFM et l'Inpes, entreprise lors du précédent plan gouvernemental de lutte contre les drogues, a finalement abouti à la publication de l'outil Profédus⁹⁵ afin :

- - d'accompagner les formateurs d'enseignants à former leurs étudiants (en formation initiale, master, ou continue) au montage d'un projet d'éducation pour la santé dans le premier ou le second degré ;
- - faciliter l'application de ces formations par les enseignants en poste.
- Le pack de formation Profédus est composé d'un DVD, d'un manuel, d'une photoformation et de fiches techniques sur les exemples d'activités ou la démarche de projets. Il a été conçu grâce au concours de formateurs d'enseignants et de professionnels en éducation pour la santé (190, mobilisés pendant cinq ans).

La population étudiante (enseignement supérieur) est explicitement citée par le plan gouvernemental 2008-2011 comme un public-cible prioritaire. En 2000 et 2005, les usages d'alcool, de tabac ou de cannabis se révélaient certes élevés chez les étudiants de 18-25 ans, mais globalement inférieurs à ceux constatés dans le reste de la population de cette tranche d'âge (actifs ou chômeurs) [15]. Cependant, la tendance s'inverse si l'on se concentre sur les consommations féminines d'alcool ou de cannabis, plus élevées chez les étudiantes que chez les autres femmes de la même tranche d'âge.

⁹⁴ <http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention/spip.php?article39>

⁹⁵ <http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-education/outils-profedus.asp>

Tableau 3.1 Usages de produits psychoactifs chez les étudiants, actifs occupés et chômeurs de 18-25 ans (%)

	Hommes et femmes ensemble				Femmes			
	Étudiants	Actifs occupés	Chômeurs	<i>p</i>	Étudiantes	Actives occupées	Chômeuses	<i>p</i>
Tabagisme quotidien	24.0	43.5	50.7	***	23.6	37.9	44,0	***
Usage régulier d'alcool	7.0	13.1	7.5	***	3.1	3.0	3.2	Ns
≥ 3 ivresses (12 derniers mois)	17.9	16.7	13.8	Ns	11.5	5.5	5.7	***
Consommation massive d'alcool (a) lors des 30 derniers jours	20.9	26.3	23.8	**	12.3	10.0	11.4	Ns
Usage régulier de cannabis	8.5	9.2	11.8	Ns	6.1	4.3	4.4	Ns

Lecture : *, **, *** : test du Chi2 significatif au seuil de 0.05, 0.01, 0.001.

(a) : binge drinking au moins 6 verres en une occasion

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Tabagisme quotidien, usage régulier d'alcool et usage régulier de cannabis ont connu un net recul de 2000 à 2005 chez les étudiants (hommes et femmes confondus). En revanche, la consommation régulière de cannabis s'est légèrement accrue : en fait, elle a plus que doublé parmi les étudiantes, passant de 2,5 % à 6,5 % entre 2000 et 2005, mais elle a été stable chez les étudiants. Au regard des chiffres disponibles, le milieu étudiant n'est pas celui où l'on observe le plus de besoins, mais les dispositifs de santé et de protection sociale qui lui sont associés en font certainement un cadre plus favorable à l'organisation d'actions de prévention que ne le sont le milieu du travail ou les milieux qui permettraient d'atteindre les chômeurs. Ainsi, en 2010, trois outils dédiés au milieu étudiant ont été particulièrement mis en lumière par la MILDT à travers le site gouvernemental www.drogues.gouv.fr : le site web Addict'prev, le « Guide d'organisation de soirées étudiantes » et le site www.montetasoiree.com, tous trois issus d'initiatives locales mais reproductibles à plus grande échelle. Le site web Addict'prev (<http://www.univ-bpclermont.fr/article798.html>), conçu par le SIUMPPS des universités de Clermont-Ferrand (région Auvergne), a été inauguré en février 2010 avec le soutien de la MILDT. Sur le principe de l'intervention brève et de l'approche motivationnelle, non seulement il diffuse une information générale sur les conduites addictives, les mesures préventives et les dispositifs d'aide, mais il propose aussi les moyens d'une autoévaluation des consommations d'alcool, de tabac ou de cannabis. Les personnes témoignant d'usages nocifs sont orientées vers le service de santé universitaire. Le « Guide d'organisation de soirées étudiantes » – élaboré par l'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM) – ainsi que le site www.montetasoiree.com – conçu par l'association Avenir santé avec le soutien de la préfecture de Paris, ont reçu l'aval de la Commission nationale de validation des outils de prévention, respectivement en mai et en novembre 2010. Ils fournissent aux organisateurs de manifestations étudiantes les conseils utiles pour que ces événements puissent se dérouler en assurant la sécurité des bénéficiaires et dans le respect des dispositions légales en vigueur en

matière de consommations d'alcool ou de rassemblement public. Le site internet www.montetasoiree.com indique également des ressources méthodologiques, humaines, matérielles ou financières adaptées.

3.2.2. Familles

Le cercle familial est au cœur de la redynamisation des adultes référents en tant qu'acteurs de prévention.

Dans cet objectif, le rôle des REAAP (Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents) a été réaffirmé. Mais les statistiques d'activité de ces dispositifs de droit commun ne distinguent pas la part des interventions liées à un problème d'usage de drogue ou d'addiction. Après une diminution sensible en 2009 des budgets attribués par les DDASS [16], 10 millions d'euros de crédits supplémentaires ont été accordés aux REAAP en 2010. En amont, les « points info famille » (500 environ) ont pour mission d'informer les familles sur les services d'aide et de soutien à la parentalité disponibles et de les orienter vers les dispositifs les plus adaptés à leurs besoins.

La MILDT a porté sur la scène publique le débat sur la parentalité et la prévention. Des assises sur la parentalité, organisées en mai 2010, ont permis de confronter différents domaines d'expertise (pédopsychiatrie, sciences de l'éducation, droit, protection judiciaire de la jeunesse, protection de l'enfance, etc.) sur l'autorité parentale, la légitimité d'intervention des parents et l'aide à la parentalité. Les débats ont permis d'orienter la campagne gouvernementale de sensibilisation dirigée vers les parents et autres adultes référents, du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011 (voir 3.5). Au printemps 2010, un sondage révélait que 21 % des parents ayant un enfant de moins de 26 ans n'avaient jamais évoqué avec leurs enfants les dangers liés aux consommations de drogues illicites et que 22 % ne leur avaient jamais rappelé l'interdiction légale pesant sur ces usages.

En mai 2010, la ministre chargée de la santé annonçait la création d'un site internet consacré à la parentalité et d'un service d'assistance téléphonique pour les parents en difficulté. Le projet de site Internet d'aide, d'échange et d'identification rapide des ressources, pourrait s'inspirer de l'expérience allemande « *Quit the shit* », en reprenant le principe d'un suivi régulier par une équipe « d'écouterants » professionnels⁹⁶. Ces mesures sont actuellement en développement.

3.2.3. Communautés

Dans le contexte français, le travail préventif réalisé dans les cercles communautaires s'entend comme tout ce qui est fait en dehors de l'environnement scolaire ou universitaire. La prévention universelle basée sur les communautés se définit en référence à deux secteurs : le monde du travail et le monde récréatif culturel ou sportif.

⁹⁶ « *Quit the shit* » est un programme d'aide à l'arrêt du cannabis lancé en 2004 via Internet dédié aux jeunes usagers désireux de réduire ou cesser leur consommation. La pièce centrale du programme journal interactif dans lequel les usagers évoquent de façon régulière leurs progrès et leurs difficultés. Une équipe d'écouterants soutient chaque participant dans la réalisation de son objectif personnel en maintenant des contacts et conseils réguliers (au moins une fois par semaine) durant les 50 jours de suivi.

Le monde du travail figure comme le principal milieu captif des populations adultes mais l'organisation d'actions collectives de prévention n'y est pas aisée. Bien que 20 % des cas d'absentéisme seraient associés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants, les obstacles face aux mesures préventives sont autant psychosociologiques (tabou, déni, superposition des sphères privées et publiques, etc.) qu'économiques ou légaux. À la suite de forums interrégionaux préparatoires, en juillet et novembre 2009, la MILDT a organisé des assises sur le thème « Drogues illicites et risques professionnels » le 25 juin 2010. Les objectifs sont d'adopter des mesures ciblées et d'apporter, de façon consensuelle, des modifications appropriées au code du travail. Ces événements ont permis d'aborder l'état du droit, de la réglementation et des responsabilités – notamment en matière de prévention – outre la nécessaire coordination entre spécialistes des champs concernés. Ils ont aussi consisté à promouvoir l'élaboration collective de propositions acceptables par l'ensemble des acteurs. Ils reflètent la volonté des pouvoirs publics de valoriser la réflexion actuelle sur ces problématiques afin de les inscrire dans le débat public et d'œuvrer à la visibilité et la reconnaissance à une question jusqu'alors éludée dans le monde du travail. Toutefois, le Plan de santé au travail 2010-2014, élaboré par le ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique, n'aborde pas le sujet des consommations psychoactives ni de leurs conséquences en milieu professionnel.

Le plan gouvernemental 2008-2011 affiche des objectifs spécifiques pour le développement de la prévention des usages de drogues dans le milieu des loisirs sportifs et culturels (en plus de la prévention des conduites dopantes). L'OFDT n'a pas relevé de mesures particulières dans ce domaine pour l'année 2010.

3.3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques

3.3.1. Groupes à risque

La prévention sélective des usages apparaît étroitement liée à celle du trafic de drogues ou de la récidive.

Le plan gouvernemental prévoit la réalisation par des équipes pluridisciplinaires d'actions de prévention globale des conduites à risques destinées aux publics sous main de justice, notamment chez les mineurs (axe 1-11). En ce qui concerne les populations des quartiers identifiés par la politique de la ville, le gouvernement souhaite modéliser des stratégies à même d'améliorer la coordination des décideurs et acteurs et de peser sur les causes profondes de la délinquance liée à l'usage et au trafic de drogues (axe 1-12).

Les 2 et 3 décembre 2010, la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et la MILDT ont ouvert les journées d'auditions d'experts sur le thème de « l'impact des stupéfiants sur les modes de socialisation des mineurs ». Près de 80 professionnels et experts (psychiatres, addictologues, éducateurs, magistrats, policiers, sociologues) y ont participé afin d'échanger sur les bonnes pratiques éducatives en matière de prévention et de lutte contre les trafics et le développement de l'économie parallèle. L'annonce d'un référentiel spécifique sur le sujet a clos ces deux journées.

3.3.2. Familles à risque

L'action interministérielle de lutte contre les drogues ne vise pas directement les familles dites à risques du fait de consommations de drogues ou de dépendance. L'action publique auprès de ces familles est de la responsabilité partagée des départements et de la justice. Cette politique, largement décentralisée (départements) est conduite sous la coordination du directeur général de l'action sociale et mobilise les dispositifs d'aide de droit commun. Notons cependant que la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance⁹⁷ vise entre autres à améliorer la prévention auprès des enfants en situation à risque de maltraitance ou de négligence, notamment liées à des problèmes d'usages ou dépendances aux drogues.

3.3.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)

Le milieu récréatif regroupe l'espace festif alternatif et l'espace festif commercial (bars et clubs). Depuis le décret dit Mariani et Vaillant⁹⁸, en 2002, l'approche institutionnelle de la prévention en milieu festif ou récréatif n'a pas connu d'évolution particulière, si ce n'est l'institution, en juillet 2009, de l'interdiction légale d'offrir et de vendre des boissons alcoolisées aux mineurs de moins de 18 ans dans les lieux publics (article 93) et l'interdiction légale de vendre au forfait et d'offrir à volonté de boissons alcooliques (*open bars*) (article 94)⁹⁹.

Cependant, depuis 2002, les acteurs spécialisés ont pu constater un éclatement de l'espace festif en événements plus modestes, mais aussi plus nombreux et plus clandestins, qui a compliqué la tâche des acteurs de réduction des risques. Ces derniers peinent à démultiplier les interventions sur les lieux mais aussi à être informés de ces événements dont la publicité passe de plus en plus par les réseaux sociaux (Facebook, etc.). Notons enfin, que face à une augmentation des injections parmi les participants, la distribution de seringues est désormais courante lors de ces événements.

3.4. Prévention indiquée

Les mesures de prévention indiquée sont largement imbriquées dans des dispositifs judiciaires adressés aux usagers de drogues.

Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants sont proposés aux personnes interpellées pour usage, âgées de treize ans au moins, dans le cadre des alternatives aux poursuites, de la composition pénale¹⁰⁰ ou à titre de peine complémentaire. Ce dispositif est plus détaillé dans le chapitre 9.1.1. et 9.4.1.

⁹⁷ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, NOR: SANX0600056L.

⁹⁸ Décret no 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical, NOR : INTD0200114D.

⁹⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L.

¹⁰⁰ Procédure permettant au procureur de la République de proposer une ou plusieurs mesures à une personne reconnaissant avoir commis une contravention ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à 5 ans.

Les « consultations jeunes consommateurs » (CJC), aussi communément appelées « consultations cannabis », sont dédiées aux jeunes consommateurs et à leurs parents. Ce dispositif des CJC est plus détaillé dans le chapitre 9.4.1.

3.5. Campagnes media nationales et locales

Le troisième volet de communication du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 s'est déroulé fin 2010 et a été lancé conjointement par le ministère de Santé, la MILDT et l'INPES. Après la campagne « Drogues de fermons pas les yeux » diffusée en octobre 2009, puis « La drogue, si c'est illégal ce n'est pas par hasard » en novembre 2009, ce dernier chapitre du triptyque avait comme objectif de mettre en avant le rôle des parents et de l'entourage dans la prévention de l'usage de drogues chez les adolescents. Il s'agissait d'amener l'entourage à s'interroger sur son rôle en matière de prévention et de l'informer sur les actions à mettre en œuvre. Trois spots différents et complémentaires ont été diffusés du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011.

Le premier met en scène une mère qui demande de l'aide pour sa fille qui consomme du cannabis. Le deuxième spot présente un adolescent qui prend de la cocaïne sans que son entourage ne réagisse. Enfin, dans le troisième spot, un jeune homme refuse de prendre de l'ecstasy en suivant les recommandations d'un proche. Ces trois films TV renvoyaient tous vers le service téléphonique Drogues info service ; ils étaient en parallèle soutenus par des annonces dans les media (TV, presse féminine et d'actualité) reprenant les mêmes protagonistes. Enfin, une version actualisée de la brochure « Cannabis les risques expliqués aux parents » (conçue pour la campagne de 2005 « Le cannabis est une réalité ») a été diffusée dans des structures dédiées aux jeunes ou aux professionnels amenés à être en contact avec eux.

Si la campagne n'a pas été évaluée par un posttest classique, un bilan peut être établi à travers l'examen des appels à Drogues info service qui est comparé à celui juste avant la phase de communication. L'impact immédiat de la campagne sur la cible visée est indéniable puisque le nombre d'appels émis vers Drogues info service et traités a augmenté de plus de 250 % par rapport à la semaine précédente ; de plus on dénombre des appels en provenance de l'entourage beaucoup plus importants que ceux des usagers alors que c'est habituellement le contraire. Il s'agissait d'un entourage très majoritairement féminin et composé de parents qui sollicitaient principalement des conseils car ils ne savaient pas quelle attitude adopter face à certains comportements des jeunes. Le produit majoritairement évoqué était le cannabis. Globalement cette campagne a touché son cœur de cible avec des appels de parents, de grands parents et de jeunes de moins de 20 ans autour de la consommation de cannabis.

Une autre action de communication, ciblant cette fois les jeunes, a été menée par la MILDT en 2010. S'inscrivant dans la lignée de la campagne de 2009 à propos de l'interdit légal, un concours musical « Talents vs drogues » a été lancé le 4 octobre 2010 en partenariat avec Warner Music France et NRJ. Ce concours s'articulait autour de la réalisation d'une musique, d'un clip et d'une pochette que les candidats pouvaient déposer sur un site dédié sur internet. Les gagnants dans les trois catégories ont été choisis à partir de candidats présélectionnés par les internautes, la MILDT et les partenaires. Les trois vainqueurs ont ensuite effectué un travail commun aboutissant à la sortie d'un *single* au début de l'année 2011.

Le site dédié a reçu 135 000 visites, 586 créations ont été déposées et 50 000 votes enregistrés.

4. Usage problématique

4.1. Introduction

La France dispose d'estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues, usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines que leur consommation conduit à affronter des problèmes importants, tant sur le plan de la santé que sur le plan social, depuis le milieu des années 1990. La dernière estimation a été établie récemment par l'OFDT. Elle porte sur des données 2006 et fait suite à celles précédemment établies en 1995 et 1999. Ce travail propose également une estimation du nombre d'usagers réguliers d'héroïne et d'usagers de drogues par voie intraveineuse.

Cette estimation a été construite à partir de trois des méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française : méthode multivariée à partir d'indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues et d'estimations locales de prévalence établies par application de la technique capture/recapture ; méthode multiplicative à partir de données de traitement ; méthode multiplicative à partir de données de police.

Il y aurait entre 210 000 et 250 000 usagers problématiques de drogues en 2006 en France, soit une prévalence de 5,4 à 6,4 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, ce qui situe la France dans la moyenne de l'Union européenne. La moitié de ces usagers de drogues sont concernés par des traitements médicaux de substitution aux opiacés. En effet, on estime par ailleurs qu'environ 120 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007. En recherchant dans les différentes enquêtes la proportion de consommateurs d'héroïne et en l'appliquant au nombre d'usagers problématiques, on estime à près de 75 000 le nombre de consommateurs actifs (au cours du dernier mois) d'héroïne. La même approche concernant les usagers par voie intraveineuse donne un chiffre de 81 000 pour le nombre d'usagers de la voie intraveineuse au cours du mois passé et de 145 000 au cours de la vie.

Passant de 160 000 en 1993 à 230 000 en 2006, les chiffres bruts pourraient laisser penser à une progression importante du phénomène. Cette impression est trompeuse pour au moins deux raisons. La première est que les méthodes et surtout l'objet de l'estimation ont évolué. Ainsi, on est passé de la notion d'« héroïnomanes » (1993) à celle d'« usagers d'opiacés à problème » (1995), puis à la définition d'« usagers d'opiacés ou cocaïne à problème » (1999) et enfin à celle d'« usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines » (2006). L'objet de l'estimation s'est ainsi élargi au cours du temps. La seconde raison tient à l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations centrales. À l'image des intervalles de confiance obtenus dans l'application de la méthode capture/recapture – qui est au cœur de toutes les méthodes employées – on a pu constater, dans les estimations calculées pour 2005-2006, l'estimation nationale allait de 144 000 à 367 000. Pour ces raisons, il est difficile de se prononcer sur l'augmentation apparente des estimations. On peut simplement souligner qu'une augmentation du nombre d'usagers de drogues à problème peut avoir du sens. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part « un vieillissement de cette population », moins souvent soumise à une forte mortalité depuis la montée en charge des traitements de substitution à la fin des années 1990, et d'autre part un certain « renouvellement de cette population » du fait de la diffusion des stimulants, de l'apparition de nouveaux usagers d'opiacés et de l'évolution de la scène festive...

D'autre part, des études multicentriques sur des estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues (étude NEMO), sont menées périodiquement par l'OFDT. La dernière a été réalisée en 2005/2006 sur six villes françaises. Ces estimations relativement convergentes indiquent que l'usage problématique de drogues dans ces villes concerne entre 6 et 15 personnes pour 1 000 habitants âgés de 15-64 ans.

4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues

4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD)

Méthode capture-recapture – estimations locales

Des études « capture/recapture à trois échantillons » (étude NEMO), visant à estimer le nombre d'usagers problématiques de drogues, ont été réalisées en 2005-2006 dans six agglomérations françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse [15] [17].

Les sources de données sur les consommateurs problématiques de drogue ont été identifiées puis les données ont été recueillies à partir de ces sources au cours d'une période de six mois entre 2005 et 2006. Ces sources ont été notamment les structures de traitement de la toxicomanie, les médecins généralistes, les hôpitaux (services des maladies infectieuses, traumatologie, urgence), les structures d'accueil à bas seuil (CAARUD), les services sociaux et les sources des services répressifs tels que les brigades des stupéfiants, les services de justice, les unités de traitement dans les prisons, et l'OCRTIS. La collecte des données en prison a été retardée de deux mois par rapport aux autres sources de données afin de permettre aux usagers problématiques de drogues entrant en prison au cours des deux derniers mois d'enquête d'avoir pu être « capturés » par d'autres sources de données. Pour chaque étude (chaque ville), les différentes sources de données ont été regroupées en trois échantillons selon un critère statistique (un odds ratio entre deux sources de données supérieur à un, suggérant une possible dépendance entre les deux sources, a conduit à une combinaison des deux sources de données) et selon un critère pragmatique lié à la connaissance du terrain (quand il était localement connu que deux sources de données étaient « liées »). Les sujets inclus dans l'étude étaient résidents depuis plus de trois mois dans l'une des six villes, avaient consommé au moins une drogue illicite au cours des 30 derniers jours (opiacés, cocaïne ou crack, autres stimulants et/ou hallucinogènes, cannabis exclu) et étaient âgés de 15-64 ans. Les résultats obtenus dans les six villes sont les suivants :

Tableau 4.1 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD) dans 6 villes françaises et taux de prévalence pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, 2005-2006.

	estimation UPD	intervalle de confiance*		population 15- 64 ans	Tx prévalence	intervalle de confiance	
Lille	7 900	6 300	10 200	728 173	10.8	8.6	14.0
Lyon	8 400	6 300	11 800	788 893	10.7	8.0	15.0
Marseille	5 600	4 200	7 700	543 206	10.2	7.7	14.2
Metz	2 300	1 700	3 200	212 632	10.8	8.0	15.0
Rennes	1 500	1 100	2 300	196 389	7.6	5.6	11.7
Toulouse	5 400	4 300	6 900	534 132	10.1	8.0	12.9

Estimations arrondies à la centaine ; population : INSEE, recensement 1999

* méthode de Cormack (Ref : Cormack, R.M., Interval Estimation for Mark-Recapture Studies of Closed Populations. Biometrics, 1992. 48: p. 567-576.)

Source : Nemo, OFDT

Estimations nationales - Méthodes du protocole OEDT

La définition opérationnelle retenue par l'OEDT pour « usager problématique de drogues » est la suivante : usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans.

Les trois méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française fournissent les estimations de prévalence de « l'usage problématique de drogues » suivantes :

Tableau 4.2 : Estimations nationales selon le protocole OEDT

méthode	estimation moyenne	IC-	IC+
multiplicative-traitements	272 000	209 000	367 000
multiplicative-interpellations	187 000	144 000	253 000
multivariée	264 000	189 000	338 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			
multiplicative-traitements	7,0	5,4	9,5
multiplicative-interpellations	4,8	3,7	6,5
multivariée	6,8	4,9	8,7

Source : OFDT

Les résultats obtenus selon les méthodes « multiplicative-traitements » et « multivariée » sont convergents. La troisième méthode fait apparaître des prévalences nettement inférieures. Si on prend en compte les trois intervalles de confiance, on peut constater que la fourchette des estimations est très large de 4 à 10 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans.

Mise en regard avec les données de cadrage sur les consommations de drogues illicites

La faiblesse du niveau de prévalence des usages d'opiacés, cocaïne ou amphétamines limite très fortement l'apport potentiel des enquêtes en population générale à l'estimation de ce phénomène. En effet, ces dernières nous donnent des estimations du nombre de personnes ayant consommé ces produits au moins une fois dans leur vie (expérimentateurs) ou au moins

une fois au cours de l'année passée. On ne dispose pas d'estimations du nombre d'utilisateurs réguliers (au moins dix fois au cours du dernier mois) de ces produits car ce comportement est trop marginal à l'échelle nationale pour être mesuré par ce type d'enquête. Les estimations produites à partir des dernières enquêtes en population générale réalisées en 2010 [18] sont les suivantes :

Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et nombre d'utilisateurs dans l'année de cocaïne et d'héroïne, 2010

	Expérimentateurs	Utilisateurs dans l'année
Cocaïne	1 500 000	400 000
Héroïne	500 000	

Sources : *Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2008 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse)*

On aurait pu s'attendre à des estimations du nombre d'utilisateurs de drogues en population générale (c'est-à-dire pas uniquement « problématiques ») nettement supérieures à celles fournies par les trois méthodes appliquées pour les utilisateurs problématiques. La désinsertion sociale fréquemment constatée parmi les utilisateurs problématiques de drogues explique en partie ce décalage, car cette population particulière est peu couverte par les enquêtes en population générale.

Limites liées à chacune des méthodes

La première méthode « Méthode multiplicative à partir de données de traitement » repose sur les données de vente des deux médicaments utilisés pour les traitements de substitution qui permettent d'établir des estimations du nombre d'utilisateurs de drogues concernés par ces traitements. Compte-tenu de la très grande accessibilité à ce type de traitement en France, ces données sont une excellente base pour l'application de cette méthode. Il est vrai que les traitements de substitution ne couvrent, en théorie, qu'une partie du groupe cible, les utilisateurs d'opiacés. Mais on sait, en pratique, que l'intrication des usages des différents produits est forte. Néanmoins, ces estimations peuvent être sensibles à certains biais, notamment l'existence d'un mésusage de ces traitements voire d'un détournement de ces médicaments vers le marché noir. Ces biais vont dans le sens d'une surestimation de l'estimation de la population en traitement car les médicaments détournés ne sont pas consommés par des « utilisateurs en traitement ». Il n'en demeure pas moins que ces produits sont consommés par des utilisateurs de drogues. Dès lors la méthode reste robuste si ce phénomène, relativement bien documenté, est homogène sur tous les départements français. Or ce n'est pas tout à fait le cas, car on sait que ces mésusages ou détournements sont concentrés sur quelques régions [19] (région parisienne, Alsace, Languedoc) qui ne comptent pas de sites de l'étude NEMO. Il y a donc un risque de surestimation du numérateur de la formule applicable dans cette méthode et par conséquent de surestimation du résultat final.

La deuxième méthode, « Méthode multiplicative à partir de données de police », repose sur un indicateur « interpellations par la police pour usage d'héroïne ou de cocaïne » dont il faut souligner le caractère ambivalent : indicateur indirect de l'usage de drogues mais aussi indicateur d'intensité de l'activité policière en la matière. Sur ce dernier point, il n'est pas sûr que celle-ci soit homogène d'un département à l'autre. Un autre biais possible dans l'utilisation de

cet indicateur est que l'objet qu'il mesure s'éloigne quelque peu de la définition du groupe cible (usage de drogues par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans) dans la mesure où l'infraction à la loi ne distingue pas l'intensité de l'usage. Un usager occasionnel peut être interpellé et les statistiques policières ne distinguent pas le type d'usage.

La troisième méthode, « Méthode multivariée à partir d'indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues », a l'avantage de croiser différentes sources de données à partir desquelles les estimations des données de prévalence connues pour six départements sont extrapolées aux 90 autres départements. Néanmoins, chacun des quatre indicateurs indirects retenus a ses propres limites. Celles relatives au nombre de personnes en traitement de substitution et au nombre d'interpellations ont déjà été exposées précédemment. Les « données de traitement » proviennent d'une source de type administratif (rapport d'activité transmis à la tutelle). La fiabilité des données déclaratives sur les files actives est discutable. De plus, les doubles comptes intra et inter centres ne peuvent pas être éliminés. Les ventes de Stéribox® constituent une donnée indiquant à la fois l'ampleur de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse, qui ne correspond qu'à une partie de la définition de l'usage problématique de drogues, mais aussi la diffusion des pratiques de réduction des risques qui peut être variable sur le territoire français.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces trois méthodes s'appuient toutes sur les estimations locales issues de l'étude NEMO : les deux premières méthodes estiment la proportion de la population cachée au regard de la source d'information utilisée (le facteur « c » de la formule), la dernière méthode utilise les estimations départementales comme points d'ancrage de l'extrapolation. Or, il se trouve que l'application de la méthode « capture/recapture » au domaine de la toxicomanie est difficile en soi et fait appel à des hypothèses théoriques non totalement vérifiées dans la pratique. Ainsi, cette technique repose sur l'hypothèse que chaque individu appartenant au groupe cible (objet de l'estimation) doit avoir la même probabilité d'être capturé par les différentes sources d'information (hypothèse d'homogénéité de la population) et sur l'hypothèse d'indépendance des sources à savoir que la probabilité pour un individu d'être identifié par une source n'affecte pas la probabilité d'être vu par toutes les autres sources. Dans la réalité, les usagers réguliers de drogues illicites ne sont pas homogènes : certains arrivent à « gérer » leur consommation et ont une très faible probabilité d'être « repéré » tant par le système sanitaire et social que par le système répressif, notamment dans le cas des usages de cocaïne. Il existe également des liens possibles entre la « capture » par plusieurs sources. Un usager interpellé peut être incriminé voire incarcéré ce qui l'amènerait à une impossibilité d'être repéré, au cours de cette même période par un CSAPA ou un CAARUD. Toutefois, l'utilisation de l'analyse log-linéaire avec trois sources de données permet de s'affranchir de l'hypothèse d'indépendance des sources deux à deux et la présence d'une interaction entre les trois sources est, d'après les modèles log-linéaires utilisés, peu probable. Enfin, au-delà de ces limitations relatives au fondement des hypothèses sous-tendant la méthode, il faut à nouveau souligner l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations obtenues par NEMO, celle-ci étant due à des effectifs faibles de triplons.

Comparaison avec les anciennes estimations et les données européennes

Les premières estimations de prévalence de l'usage problématiques de drogues, documentées sur le plan méthodologique, datent, en France, du milieu des années 1990. En 1995, estimation portant sur l'année 1993, l'application d'une méthode démographique donne une estimation d'au moins 160 000 héroïnomanes [20]. Quelques années plus tard, une première application du protocole européen en cours d'élaboration à la situation française donne une estimation de

146 000-172 000 usagers d'opiacés à problème en France en 1995 [21]. C'est de cette même époque que date la première application en France (sur l'agglomération de Toulouse) de la méthode capture/recapture au champ de la toxicomanie [22]. Une seconde application du protocole européen est réalisée au début des années 2000 ainsi que l'extension à plusieurs villes de la méthode capture/recapture [23]. La nouvelle estimation portant sur l'année 1999 est proche de la précédente : 146 000-180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème [24].

Passant de 160 000 en 1993 à 230 000 en 2006, les chiffres bruts pourraient laisser penser à une progression importante du phénomène. Cette impression est trompeuse pour au moins deux raisons. La première est que les méthodes et surtout l'objet de l'estimation ont évolué. Ainsi, on est passé de la notion d'« héroïnomanes » (1993) à celle d'« usagers d'opiacés à problème » (1995), puis à la définition d'« usagers d'opiacés ou cocaïne à problème » (1999) et enfin à celle d'« usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines » (2006). L'objet de l'estimation s'est ainsi élargi au cours du temps.

La seconde raison tient à l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations centrales. À l'image des intervalles de confiance obtenus dans l'application de la méthode capture/recapture - qui est au cœur de toutes les méthodes employées – on a pu constater, dans les estimations calculées pour 2005-2006, l'estimation nationale allait de 144 000 à 367 000. Pour ces raisons, il est difficile de se prononcer sur l'augmentation apparente des estimations.

On peut simplement souligner qu'une augmentation du nombre d'usagers de drogues à problème peut avoir du sens. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part « un vieillissement de cette population », moins souvent soumise à une forte mortalité depuis la montée en charge des traitements de substitution à la fin des années 1990, et d'autre part un certain « renouvellement de cette population » du fait de la diffusion des stimulants, de l'apparition de nouveaux usagers d'opiacés et de l'évolution de la scène festive...

Enfin, il convient de revenir sur la définition théorique établie par l'OEDT. Un usager problématique de drogues est compris comme un usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans. Or, peu ou prou, toutes les méthodes proposées présupposent que cet usager puisse entrer en contact avec une des sources d'information utilisées (interpellation, traitement, problème de santé, décès...). Celles-ci peuvent éventuellement extrapoler en estimant le nombre de ceux qui ne sont pas encore entrés en contact mais qui le feront dans le futur mais pas le nombre de ceux « qui n'entreront jamais en contact ». Il est donc fort probable que notre estimation ne couvre pas tous les « usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines » par impossibilité de repérer (par ces méthodes) les usages « réguliers » de ces produits concernant une population mieux insérée.

Estimation du nombre d'usagers réguliers d'héroïne

Il serait intéressant d'essayer d'appliquer le protocole européen pour obtenir une estimation du nombre d'usagers d'héroïne en France. On sait en effet que l'ampleur de ce comportement dans la population française ne peut pas être obtenue par les données recueillies dans les enquêtes en population générale, d'une part, car la prévalence du phénomène est en deçà de la limite de ce que ces enquêtes peuvent repérer et, d'autre part, en raison des caractéristiques de fréquente désinsertion des publics concernés.

Malheureusement, il n'est également pas possible de décliner les différentes méthodes du protocole européen exposé précédemment au champ restrictif des usagers d'héroïne. En effet, la déclinaison par produits, qui existe pour certaines sources d'information, n'est pas présente pour toutes les sources utilisées par ces méthodes. Aussi, si on souhaite estimer le nombre « d'usagers problématiques d'héroïne » au sens de la définition de l'OEDT que l'on peut assimiler aux « usagers réguliers d'héroïne », la seule solution est de rechercher dans les différentes enquêtes auprès d'usagers de drogues, la proportion de consommateurs d'héroïne et d'appliquer cette proportion à l'estimation du nombre « d'usagers problématiques de drogues ».

Ces différentes données sanitaires disponibles permettent d'établir une estimation moyenne : 32 % des usagers problématiques de drogues seraient des consommateurs (au cours du mois passé) d'héroïne.

On peut donc estimer qu'environ un tiers des usagers problématiques de drogues sont des usagers actifs d'héroïne. À ce tiers, on pourrait ajouter une part non négligeable des autres qui ont été d'anciens consommateurs d'héroïne, actuellement abstinents soit parce qu'ils s'inscrivent dans un traitement, notamment de substitution, ou qu'ils soient passés à d'autres produits et qui pourraient éventuellement, occasionnellement ou régulièrement, dans la suite de leur trajectoire, consommer à nouveau de l'héroïne. Cette estimation de 32 % peut donc être considérée comme un socle minimum.

Estimation du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse

Il serait également intéressant d'essayer d'appliquer le protocole européen pour obtenir une estimation du nombre d'usagers de drogues par la voie intraveineuse en France. Pour les mêmes raisons que celles exprimées précédemment, celle-ci ne peut être obtenue ni par les données des enquêtes en population générale, ni par une application directe du protocole européen.

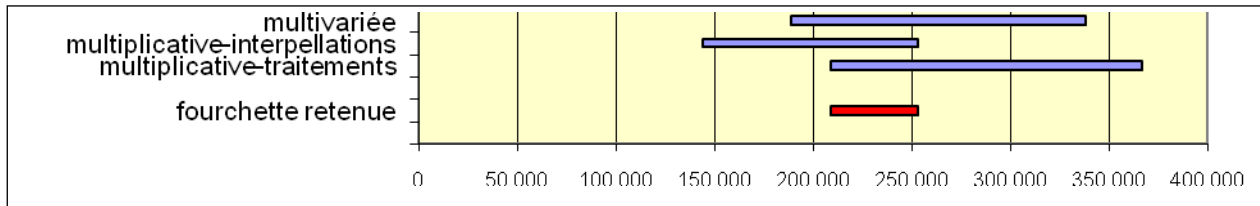
Là aussi, la seule solution est de rechercher dans les différentes enquêtes auprès d'usagers de drogues la proportion d'utilisateurs de la voie intraveineuse et d'appliquer cette proportion à l'estimation du nombre « d'usagers problématiques de drogues ».

Ces différentes données sanitaires disponibles donnent une estimation moyenne de : 63 % d'injection au moins une fois au cours de la vie et 35 % d'injection pratiquée au cours du mois passé.

Synthèses des résultats

L'objectif de ce travail était de produire une nouvelle estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France et le taux de prévalence correspondant. En toute rigueur, la tentation est grande de mettre en avant la diversité des résultats obtenus et de donner une fourchette d'estimations large. Ceci risque néanmoins d'affaiblir la visibilité et la compréhension d'une telle donnée. Il appartient à l'expert de proposer une estimation unique (ou une fourchette d'estimations étroite), celle qui lui semble s'approcher le plus probablement de la vérité.

Graphique 4-1 : Estimations étroites du nombre des usagers problématiques de drogues, synthèse



Compte tenu des limites inhérentes à chacune des méthodes appliquées discutées ci-dessus, aucune ne semble pouvoir être privilégiée. Aussi, on retiendra comme fourchette d'estimations les plus probables les valeurs communes aux intervalles de confiance des trois méthodes, soit entre 210 000 et 250 000 usagers problématiques de drogues en 2006 en France, dont la moitié sont concernés par des traitements médicaux de substitution aux opiacés. En effet, on estime qu'environ 120 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007 [25].

Tableau 4.4 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2006

fourchette d'estimations retenue	210 000	-	250 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans	5,4	-	6,4
estimation centrale	230 000		
taux / 1000 hab. 15-64 ans	5,9		
dont			
- usagers voie intraveineuse (vie)	145 000		
taux / 1000 hab. 15-64 ans	3,7		
- usagers actifs d'héroïne (mois)	74 000		
taux / 1000 hab. 15-64 ans	1,9		
- usagers actifs voie intraveineuse (mois)	81 000		
taux / 1000 hab. 15-64 ans	2,1		

Source : OFDT, 2008

Vers une nouvelle estimation

L'OFDT a intégré, dans son programme de travail à moyen terme, la réalisation d'une estimation nationale. Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » va être lancée en fin d'année 2010 sur 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Une application du protocole de l'OEDT est prévue à la suite des résultats de cette étude. Une nouvelle estimation nationale (portant sur : l'ensemble des UPD, les injecteurs et les usagers d'opiacés) devrait donc être disponible en 2012.

4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues

Il n'y a aucun travail de disponible en France sur cette question de l'incidence de l'usage problématique de drogues. Cette question sera traitée dans le cadre du programme d'étude évoqué précédemment dans le domaine de la prévalence. Le programme d'études prévu par l'OFDT sur la période 2010-2012 visant à produire une nouvelle estimation nationale de

prévalence de l'Usage problématique de drogues (UPD) s'attachera à explorer les possibilités d'appliquer les guidelines de l'OEDT sur l'estimation de l'incidence.

4.3. Données sur les UPD issues d'autres sources que celles des traitements

4.3.1. Données sur les UPD issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (IDT)

Les usagers des CAARUD

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif de soins, s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomaniaques que dans une logique de soins. Les CAARUD reçoivent ainsi des populations, dans l'ensemble plus polyusagères et plus précaires que celles rencontrées dans les dispositifs de soins. Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues non récréatifs. Échappent par définition à ce système d'information quantitatif les usagers de drogues qui ne fréquentent pas les CAARUD.

Il faut ainsi noter dans ces données une probable sous représentation des plus jeunes, jeunes errants en quête d'affiliation alternative ou non, ou *travellers* issus de l'espace festif, accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manière plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD [26].

Des usagers plutôt précarisés

Selon l'étude ENa-CAARUD 2008 (voir annexe VI-F), les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (34,1 ans). La moitié (48,8 %) d'entre eux a au moins 35 ans et les moins de 25 ans représentent 18,2 % de l'ensemble [27]

Il s'agit d'une population très majoritairement masculine (78,3 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes. Ainsi, si seuls 14,4 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 31,8 % à être dans ce cas. Elles représentent 38,0 % des moins de 25 ans.

Plus de la moitié des personnes rencontrées vivent seules (55,6 %) et 18,9 % en couple, les autres vivent avec des amis, des parents ou seuls avec leurs enfants. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes mais davantage en couple ou encore seules avec leurs enfants (1,2 % vs 9,9 %). Parmi elles, 68 % n'ont pas d'enfant et 20 % en ont un.

Les usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante [27].

- Parmi eux, la moitié (49,3 %) connaît des conditions de logement instables : 60 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire¹⁰¹.
- Près du quart dispose d'un salaire ou d'allocations de chômage (21,8 %). Plus de la moitié (51,7 %) perçoit un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion, 35,2 %) ou une allocation adulte handicapé (13,9 %). Enfin, un autre quart ne dispose d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution) tandis que 1,1 % seulement sont aidés par la famille ou des tiers. L'étude PRELUD 2006 (voir annexe VI-G) montrait en outre que la structure des ressources différait fortement selon le groupe d'âge considéré. On observait en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans n'avait aucun revenu légal [28].
- Dans l'ensemble, seuls 4,6 % des usagers des structures de première ligne n'ont aucune couverture sociale¹⁰², 2,9 % bénéficient de l'AME (Aide médicale d'État). La moitié (50,2 % des UD qui fréquentent les CAARUD sont affiliés à l'Assurance maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle).
- Sur le plan des acquis scolaires, 23,4 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du bac (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (63,6 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège.
- La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant 11,0 % se trouvent sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié se trouve en France illégalement, l'autre moitié a égaré ou s'est fait voler ses documents d'identité.

En outre, les usagers qui fréquentent les CAARUD ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2008, 17,4 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année, proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées.

Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psycho-sociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces épisodes judiciaires.

... Et fortement consommateurs de produits psychotropes

Les produits les plus fréquemment consommés par les 3 129 usagers interrogés dans les structures de première ligne en 2008 demeurent le cannabis et l'alcool.

Un tiers des usagers rencontrés a pris de l'héroïne au cours du mois précédent, mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (buprénorphine haut dosage). En 2006, parmi les usagers qui en avaient pris au cours du mois précédent, seule la moitié disait l'avoir utilisée uniquement dans un but thérapeutique¹⁰³ [28]. En 2008, parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts disent

¹⁰¹ Disponible pour une durée inférieure à 6 mois

¹⁰² Ni assurance maladie, ni aide médicale d'État

¹⁰³ La question posée portait sur l'objectif de l'usage. La personne avait le choix entre les options suivantes : 1/ Pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner (but dit « thérapeutique ») ; 2 / Pour se « défoncer », y compris pour gérer la descente d'un stimulant ou pour gérer le manque ; 3/ Les deux.

la recevoir en traitement de substitution. La BHD est également le produit consommé le plus régulièrement par ses usagers dont les trois quarts en prennent quotidiennement.

L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne presque un usager des CAARUD sur deux (45,7 %). Concernant l'usage du crack (cocaïne achetée sous sa forme basée), la donnée nationale masque un écart important entre Île de France et province puisque sa prévalence d'usage y est respectivement égale à 43,4 % et 4,9 %.

Les consommations de MDMA, d'amphétamine et d'hallucinogènes parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno (à l'exception de certains hallucinogènes naturels).

Tableau 4.5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008

	Usagers récents (mois précédent)	Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents
Cannabis	71,6 %	53,5 %
Alcool	62,7 %	48,7 %
BHD	40,3 %	74,2 %
Héroïne	29,3 %	20,0 %
Méthadone	26,3 %	68,7 %
Sulfates de morphine	14,8 %	38,6 %
Cocaïne poudre / free base	36,3 %	9,5 %
Crack	16,6 %	25,1 %
Amphétamine	14,1 %	3,4 %
Ecstasy	10,6 %	0,6 %
Benzodiazépines	27,9 %	56,9 %
Plantes et champignons hallucinogènes,	8,6 %	3,9 %
LSD	10,8 %	3,3 %
Kétamine	7,4 %	4,7 %

Sources : ENa-CAARUD, 2008, OFDT/ DGS

Interrogés en 2008 sur le produit qui leur pose le plus de problèmes, les usagers citent en premier lieu un opiacé (43,5 %), au premier rang desquels la BHD (21,6 %), l'héroïne n'étant citée que par 12,6 % d'entre eux.

L'alcool est cité par près d'un usager sur cinq (18,7 %).

Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 16,1 % des usagers interrogés, la cocaïne (7,7 %) et le crack (7,7 %) sont essentiellement concernés.

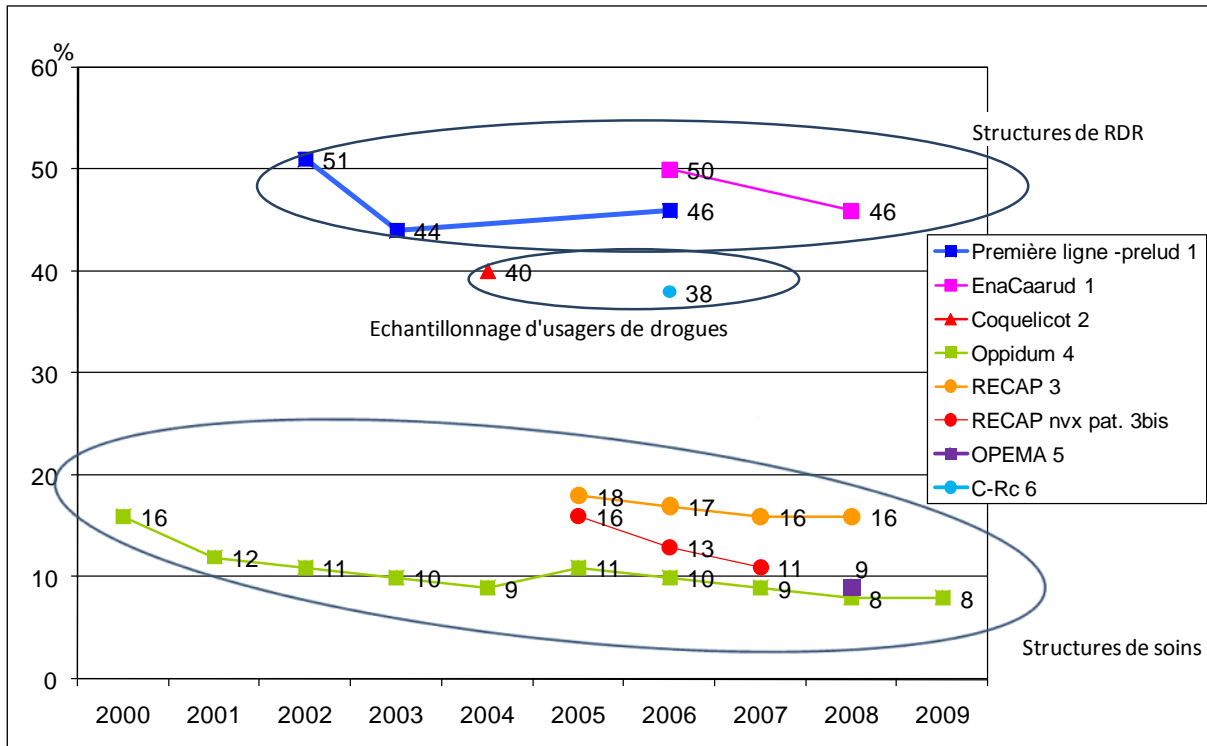
En 2008, parmi les usagers des structures de première ligne en milieu urbain (CAARUD), 64,4 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie. L'âge moyen à la première injection se situe à 20,7 ans (médiane 20 ans) [27]. Parmi les usagers des CAARUD, la part des personnes *qui n'ont jamais eu* recours à l'injection tend à s'accroître (de 27 % à 32 % dans l'enquête Première ligne-PRELUDE entre 2003 et 2006 et de 31 % à 36 % d'ENa-CAARUD 2006 à ENa-CAARUD 2008). Cette observation est parfaitement cohérente avec la part de plus en plus importante que prennent le sniff et dans une moindre mesure la voie fumée parmi les nouveaux usagers de drogues, notamment les moins précaires.

Concernant l'injection récente, la concordance des données quantitatives disponibles plaide pour une diminution de la prévalence de cette pratique, même si la situation est apparue moins

claire autour de 2006 et si des données qualitatives tendent à dessiner une situation plus complexe.

En effet, un accroissement du recours à l'injection est signalé (données qualitatives) vers la moitié des années 2000, mais ce phénomène apparaît concentré, non seulement dans certains sites, mais également chez certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » (voir description des populations, espace urbain).

Graphique 4-2 : Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND.



- 1 Injection au cours du mois, usagers des CAARUD (ou structures de première ligne)
 - 2 Injection au cours du mois, population composite d'injecteurs ou sniffers au moins une fois dans la vie et usagers de CAARUD, de CSAPA, de médecins généraliste de réseaux, rue
 - 3 Injection au cours du mois, Tous patients, centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)
 - 3bis Injection au cours du mois, Nouveaux patients en centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)
 - 4 Injection au cours de la semaine, Centres de soins spécialisés principalement (CSAPA, anciens CSST)
 - 5 Injection au cours de la semaine, médecins généralistes de réseaux
 - 6 Injection au cours du mois population d'usagers problématique de drogues recrutés par méthode C-rC (CAARUD, CSAPA, médecins généralistes de réseaux, services hospitaliser, police, justice),
- Source ; Première ligne / PRELUD TREND / OFDT, OPPIDUM et OPEMA CEIPs / AFSSAPS, Coquelicot InVS

Les pratiques d'injection apparaissent fréquentes pour consommer les opiacés à l'exception de la méthadone, la cocaïne que plus d'un usager des CAARUD sur deux injecte, mais aussi la kétamine et l'amphétamine.

Tableau 4.6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008

	N	injection	Voie orale	sniff	inhalation fumette
Sulfate de morphine	463	87,3%	9,6%	8,0%	0,5%
Héroïne	921	63,6%	0,5%	42,0%	24,2%
Buprénorphine, Subutex®	1264	56,4%	44,1%	18,4%	4,3%
Cocaïne ou Free base	1138	53,3%	1,3%	42,1%	23,3%
Kétamine	231	39,4%	6,9%	66,1%	2,3%
Amphétamine (speed)	441	38,8%	28,1%	52,4%	3,3%
MDMA, ecstasy	333	13,9%	81,0%	22,0%	3,1%
Crack	521	8,3%	0,5%	1,8%	95,5%
Benzodiazépines	874	7,3%	93,5%	2,1%	1,3%
Méthadone	740	2,5%	97,4%	0,6%	0,8%
Plantes hallucinogènes	269	2,0%	91,0%	1,6%	9,4%
LSD, acides	328	0,3%	98,0%	1,4%	1,0%
Cannabis	2247	0,2%	1,9%	0,3%	98,5%

Notes : 1/ Plusieurs modes d'usage peuvent être utilisé par un consommateur pour un même produit. De ce fait, le total des pourcentages par produit dépasse 100 %.

2/ Les produits sont classé selon la fréquence d'utilisation de l'injection

Données TREND : évolution marquantes 2008-2009 concernant les usages et les modes d'usage

Des informations sur les tendances marquantes plus particulièrement liées au marché peuvent être trouvées dans le chapitre 10 (notamment l'aspect trafic sur Internet et molécules émergentes).

Diversification croissante des populations usagères

La diffusion d'un certain nombre substances hors des groupes initialement consommateurs se comprend à la fois au plan sociologique mais également géographique. Ainsi, la cocaïne, déjà présente dans des milieux sociaux très hétérogènes, poursuit sa diffusion, notamment vers des jeunes issus des quartiers populaires et des banlieues périphériques, qui jusqu'alors consommaient principalement du cannabis. L'héroïne, dans des proportions toutefois non comparables, en vient à toucher des groupes de plus en plus variés notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement. D'autres produits (GHB/GBL, poppers, voire kétamine) tendent, quant à eux, à sortir des cercles restreints où ils étaient confinés. Dans un contexte de stabilisation des prix plusieurs éléments sous-tendent ce phénomène : la « généralisation » du polyusage qui tend à banaliser l'expérimentation de nouveaux produits; la présence, notamment en milieu festif techno, de jeunes « expérimentateurs » en recherche permanente de nouvelles expériences et, enfin, l'accessibilité grandissante des substances par le biais de la progression du micro-traffic et du commerce sur Internet qui permet un accès aux produits sur une large étendue du territoire national.

On assiste en effet, à l'extension marquée des usages vers des zones périurbaines et même rurales. Celle-ci résulte en premier lieu de la diffusion géographique des usages en lien avec les éléments cités ci-dessus, mais aussi de la mobilité des UD (usagers de drogues). En marge des déplacements de squats (expulsions notamment) qui renvoient les plus précaires vers la proche banlieue, on observe des personnes, vivant fréquemment de minimas sociaux, déjà usagères de drogues qui tendent à s'établir en zones rurales, « chassées » des villes par le niveau des loyers et la pénurie de logements.

Par ailleurs, les jeunes en errance usagers de drogues parfois mineurs, qui se retrouvent sans soutien après avoir quitté, de manière volontaire ou contrainte, le domicile familial ou encore sont sortis d'une institution sociale à leur majorité, sont décrits comme de plus en plus nombreux et de plus en plus visibles dans les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques). Adoptant pour certains des codes empruntés au courant techno, ils se caractérisent entre autres par une proportion importante de jeunes femmes au sein des groupes et par des comportements à risques (prostitution, injection avec partage important du matériel...)

Un regain de l'usage d'héroïne

La hausse de la disponibilité de l'héroïne depuis 2006 a trouvé parmi les nouveaux usagers de drogues un terrain favorable. De moins en moins associée à l'image de la déchéance et de la mort qui prévalait dans les années 1980, l'héroïne bénéficie auprès de nouveaux consommateurs d'une image de moins en moins répulsive. En cause, la chute des trois tabous (sida, surdoses et dépendance) associés à tort à la seule pratique de l'injection par des consommateurs dont l'entrée dans l'usage se fait maintenant par le sniff. La disponibilité des TSO leur apparaît en outre comme un filet de sécurité. Ainsi, l'héroïne redevient un produit consommé en première intention par de jeunes consommateurs, dans un usage qu'ils pensent pouvoir maîtriser avec ou sans les substituts. Dans d'autres cas, elle peut également apparaître comme le substitut permettant d'arrêter un usage de BHD ou de méthadone perçu comme plus contraignant. Le résultat le plus marquant de ce « renouveau » de l'héroïne se situe dans l'accroissement du nombre de surdoses (voir chapitre 6)

Extension de l'expérimentation de la cocaïne basée

La diffusion de la pratique du basage de la cocaïne (free base) est toujours à l'œuvre vers des groupes d'usagers éloignés du milieu techno alternatif *underground* où il était cantonné au début des années 2000 : des usagers du milieu festif alternatif parfois très jeunes (18-20 ans) mais également des jeunes (20-25 ans) de milieu aisé, socialement très insérés ou en provenance de banlieue défavorisées. Les usagers de crack (cocaïne achetée déjà basée) restent cantonnés au nord-est de Paris où ils seraient entre 6 000 et 8 000.

Accroissement de la disponibilité et de l'usage de Kétamine

Ce produit fortement controversé (y compris parmi les usagers de produits illicites) et de manipulation délicate (hallucinations, troubles psychiatriques, comas...) se diffuse notamment au sein d'une frange des usagers les plus précaires du milieu festif alternatif, les jeunes en errance. Alors que par le passé la rencontre avec le produit découlait de l'opportunité, elle est actuellement désirée et recherchée activement par ces nouveaux usagers. La kétamine tend à devenir pour certains usagers un produit de « première expérimentation » alors que la substance survenait beaucoup plus tard dans la « carrière psychotrope » de la génération précédente ; son usage devient également de plus en plus régulier. À l'extrême, les observateurs de Toulouse commencent à signaler des usagers quotidiens.

On observe actuellement trois types d'usagers de kétamine :

- Les utilisateurs modérés : en général parmi les consommateurs les plus âgés, ils consomment la kétamine à faible dose, souvent en association avec des stimulants pour ses effets euphorisants, planants et « cotonneux » (sentiment de marcher dans du coton) et la sensation d'ébriété particulière, à l'origine des mouvements saccadés de l'« egyptian dancing ».

- Les utilisateurs extrêmes : à plus forte dose (par rapport à la « tolérance » d'un usager donné), les effets recherchés (ou trouvés sans être recherchés !) sont les hallucinations proches de celles du LSD mais aussi des effets plus radicaux de dissociation¹⁰⁴ et notamment de décorporation (être en dehors de son propre corps) ou « d'extinction des feux » selon l'expression employée par un intervenant de réduction de risques (être couché et ne plus pouvoir bouger sans perte de conscience). Ces usages sont le fait d'une part d'un groupe très minoritaire, de personnes âgées souvent de plus de 35 ans et expérimentées, à la recherche d'expériences mystiques (« voyage astral ») ; d'autre part des jeunes appartenant plutôt aux tendances les plus radicales du milieu festif et surtout des jeunes en errance qui fréquentent le milieu festif en quête d'affiliation alternative ou de produits et que l'on retrouve également en milieu urbain. Il semble que ce soit parmi eux que l'on retrouve les pratiques les plus radicales en particulier l'injection aux effets difficilement contrôlables.
- Les usagers du clubbing homosexuel : en contexte festif, l'utilisation est comparable à celle des autres utilisateurs. En contexte sexuel, elle induirait des sensations tactiles exacerbées, mais elle serait plutôt utilisée comme anesthésiant local dans le cadre de pratiques hard.

Des injections par voie intramusculaire

Il s'agit d'un phénomène très marginal mais accédant à la visibilité sur plusieurs sites du dispositif. Cette pratique concerne la Kétamine dont l'injection, pratique à haut risque, est signalée en hausse à Rennes, Marseille, Bordeaux et Paris et le Diazépam (Valium®) à Rennes. Si ce type d'injection reste à ce jour anecdotique en France, l'évolution de sa fréquence d'usage doit être surveillée du fait des risques infectieux particuliers liés à ce mode d'usage (tétanos, botulisme entre autres).

La pratique du basage de la cocaïne, pour la consommer fumée, continue à progresser dans diverses populations plutôt jeunes (18-25 ans) : usagers fréquentant l'espace techno, usagers plutôt aisés consommant en fêtes privées ou jeunes consommateurs issus de milieux plus défavorisés et en provenance de banlieue. L'usage de crack, cocaïne achetée directement basée, par des populations très précarisées, vivant souvent en squat, reste un phénomène spécifiquement présent à Paris (et dans sa petite couronne) où le produit occupe une place particulièrement importante.

¹⁰⁴ La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et consiste en une rupture de l'unité psychique.

4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres

4.4.1. Description des formes d'usage non couvert par la définition de l'usage problématique de drogues de l'OEDT (parmi les groupes vulnérables)

Rencontre du GHB et GBL par des jeunes fréquentant l'espace festif commercial

La diffusion des usages de GHB/ GBL et des comas qui l'accompagne à partir du milieu festif gay vers des groupes de jeunes « teuffers » (17-25 ans) de l'espace festif commercial, peu expérimentés, s'est traduite, au cours de l'année 2009, par la survenue de groupements de comas comme cela avait été le cas dans la communauté festive gay parisienne à partir de 2006. La consommation du produit, souvent en association avec l'alcool ou des stimulants, vise la recherche d'une ivresse à moindre prix ou s'inscrit dans la simple recherche d'une nouvelle expérience. Cette diffusion a concerné particulièrement les villes où existent des établissements festifs *gays friendly* c'est-à-dire ouverts à tous mais fréquentés par une population importante de personnes appartenant à la communauté gay qui y joue un rôle de leader en termes de tendances.

Installation localisée d'un détournement de méthylphénidate

Le détournement de la Ritaline® (méthylphénidate) émerge, depuis 2004 à Marseille et 2005 à Paris, dans deux populations très distinctes. A Marseille, où elle aurait déjà été expérimentée par une majorité de personnes fréquentant les CAARUD, il s'agit d'une population d'usagers très précarisés recherchant dans le produit un effet d'aide à l'action et à la communication. Dans une logique économique, la Ritaline® serait également utilisée par les usagers en substitution de la cocaïne lorsque l'argent manquerait. Dans cette population, le produit serait en majorité injecté. À Paris, il s'agirait de groupes restreints de jeunes consommateurs (20-25 ans) aisés et socialement bien insérés qui l'utiliseraient pratiquement toujours par voie orale, en association avec de l'alcool voire avec de la cocaïne comme stimulant « festif ».

Les benzodiazépines et l'alcool toujours largement consommés

L'alcool est fréquemment rapporté par les intervenants du champ des drogues comme étant une des consommations les plus problématiques. En 2006, 34 % des usagers des CAARUD déclaraient prendre plus de 10 verres d'alcool par occasion de boire.

Consommée par près d'un usager des CAARUD sur trois, soit dans un but thérapeutique soit dans un objectif de « défonce », ces substances ont dans le champ des drogues un statut particulier. Elles constituent ce que l'on pourrait nommer un « non-sujet ». Pour les poly-usagers de drogues qui fréquentent les structures de RDR, leur usage est plus que banalisé, il est considéré comme normal et la prescription de BZD accompagne fréquemment celle de buprénorphine.

4.4.2. Estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues intensif, fréquent, à long terme et autres non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues (UPD)

À la fin de l'année 2008, l'OFDT a mis en place une enquête complémentaire auprès d'adolescents de 17 ans qui avait pour but de valider un test de repérage de l'usage problématique de cannabis, le CAST, en comparaison avec d'autres tests existants (la SDS et le MINI). Les résultats de cette enquête n'ont pas encore été analysés. Nous serons très prochainement en capacité de définir les seuils validés du CAST et ainsi estimer une prévalence d'usage problématique de cannabis en population générale.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

5.1. Introduction

Définitions

Un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen, le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP, voir annexe VI-Q), a été mis en place en France en 2005 dans les centres spécialisés accueillant les usagers de drogues. Jusqu'en 2009, ces centres étaient dénommés centres spécialisés de soins pour les toxicomanes (CSST). À partir de 2010, ces centres sont appelés centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Un patient est un consommateur de drogues ayant été vu au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face. Un patient entrant est un consommateur de drogues accueilli pour la première fois dans le centre auquel il s'adresse ou qui revient après une interruption des contacts pendant au moins six mois. Un patient jamais pris en charge est un consommateur de drogues n'ayant jamais été suivi pour ses problèmes d'addiction par un professionnel du traitement.

Outils de collecte des données

RECAP permet de disposer de données individuelles, collectées de manière continue et théoriquement exhaustive, sur l'ensemble des patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA. Il succède à l'enquête menée régulièrement entre la fin des années 1980 et la fin des années 1990 auprès des usagers de drogues accueillis dans différents types d'établissement au cours du mois de novembre. L'évolution de cette enquête vers RECAP a été motivée par la nécessaire adoption du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays de l'Union européenne se sont engagés à respecter.

L'objectif de RECAP est de pouvoir suivre au niveau régional et national le nombre, les caractéristiques et les modalités d'usage des consommateurs de drogues, licites ou illicites, accueillis par les CSAPA. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (fiches d'accueil, gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions.

La quasi-totalité des structures gère aujourd'hui ses dossiers patients avec un logiciel spécialisé. Une de ses fonctionnalités intégrée permet d'extraire les données RECAP des patients vus dans l'année dans un fichier anonyme suivant un format prédéfini. Envoyées à l'OFDT par mail, ces données sont ensuite contrôlées et fusionnées pour en permettre l'exploitation.

Contexte

La politique de soins aux usagers de drogues illicites a connu en France plusieurs grandes périodes. Avant les années 1970, la prise en charge des usagers de drogues illicites était effectuée dans les hôpitaux psychiatriques.

Le premier grand tournant date de l'adoption de la loi 1970. Celle-ci prévoyait la possibilité pour tout consommateur de drogues d'obtenir un traitement anonyme et gratuit visant l'abstinence.

Elle a favorisé le développement de centres spécialisés ambulatoires ou avec hébergement, ces derniers accueillant les usagers de drogues après sevrage. Les institutions psychiatriques ne souhaitaient pas spécifiquement accueillir des usagers de drogues toujours plus nombreux. De l'autre côté des équipes issues du monde associatif étaient très volontaires pour contribuer à la prise en charge de ces patients. La prise en charge s'est effectuée dans deux cadres différents (psychiatrique et associatif), le second prenant au fil du temps toujours plus d'importance relativement au premier.

Le deuxième grand tournant a été déclenché par le développement de l'épidémie de sida. Les pouvoirs publics n'ont adopté qu'au début des années 1990, tardivement en comparaison d'autres pays, la substitution et la réduction des risques.

Le choix fut fait en France d'une diffusion rapide et massive des traitements de substitution à la buprénorphine haut dosage. De ce fait, les médecins généralistes ont joué un rôle accru dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés. Parallèlement, le développement rapide de l'épidémie de sida et l'adoption de la politique de réduction des risques (qui en est la conséquence directe) a soulevé la question du mode d'accès des usagers de drogues à l'hôpital. Il s'agissait de leur accès à l'hôpital généraliste et non plus psychiatrique pour le traitement de leurs problèmes somatiques et/ou d'addictions. À l'instar de ce qui se faisait en alcoologie, des équipes de liaison pour usager de drogues ont vu le jour. Il s'agissait de favoriser la prise en charge dans les services somatiques. Il s'agissait également d'éviter que des usagers accueillis pour un problème somatique ne quittent l'hôpital sans qu'on leur ait proposé un diagnostic et une prise en charge addictologique.

En France comme dans la plupart des pays développés, la politique de soins de l'usage de drogues repose sur les secteurs spécialisés de traitement et de réduction des risques, sur les médecins généralistes de ville et sur les hôpitaux. Au-delà des effets d'affichage et de choix de communication, les politiques s'appuient en pratique sur une combinaison relativement stable des différents secteurs et outils disponibles.

5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité

5.3. Stratégie et politique

La politique récente des pouvoirs publics pour le soin a été définie par deux plans adoptés en 2006 et 2008. Le premier, le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, ne concerne que le soin et la prévention. Il a été élaboré par le ministère de la Santé à la demande du président de la République. Le second, le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011, mentionné dans le précédent rapport, a été élaboré par le président de la MILDT, Étienne Appaire (voir chapitre 1). Il traite autant du soin que de la prévention. Le volet répression intègre les orientations du plan précédent tout en traçant de nouveaux objectifs spécifiques.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 [29] réaffirme la nécessité de conduire une politique sur l'ensemble des conduites addictives : consommation de substances illicites, d'alcool ou de tabac, addiction sans substances comme le jeu. Ce plan est principalement consacré au renforcement des moyens de prise en charge des addictions dans le système hospitalier. Il prévoit la création de consultations d'addictologie ou d'équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence. Ces

consultations ou ces équipes de liaison doivent permettre de regrouper en un seul lieu et un même service toutes les consultations en tabaccologie, alcoologie ou en toxicomanie. Pour les patients nécessitant une prise en charge plus spécifique ou une hospitalisation, des services d'addictologie proposant des sevrages simples ou complexes doivent être créés durant la période couverte par ce plan (2007-2011). Il est également prévu que chaque centre hospitalier universitaire (soit 26 établissements) comporte un pôle d'addictologie qui a vocation à être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

Ce plan reprend des objectifs déjà familiers : rapprochement du dispositif spécialisé en toxicomanie et en alcoologie au sein des CSAPA ; extension des capacités en hébergement thérapeutique pour les usagers de drogues illicites par la création de plusieurs communautés thérapeutiques ; implication de la médecine de ville par le renforcement des réseaux de santé en addictologie. Il affirme la nécessité d'établir des référentiels précis de la stratégie de prise en charge des patients, avant, pendant et après la cure.

Tous ces objectifs sont repris dans le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011 [30] qui insiste néanmoins plus spécifiquement sur certains d'entre eux et en propose de nouveaux. Voici les objectifs fixés par la MILDT :

- amélioration par des programmes de formation des compétences des professionnels en prévention individuelle ciblée et en prise en charge ;
- amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes usagers de substances psychoactives par l'augmentation du nombre de consultations jeunes consommateurs et, en particulier, par l'existence de formes de consultations avancées dans les lieux généralistes d'accueil des jeunes ;
- création de nouvelles communautés thérapeutiques, structures dans lesquelles l'objectif d'abstinence doit être clairement énoncé ;
- développement de nouvelles modalités de prises en charge des usagers de cocaïne ;
- amélioration de la prise en charge et de la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés ;
- préservation de la santé de l'enfant à naître et de la mère ; prise en compte des spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool ;
- réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues ;
- réduction de la morbidité et de la mortalité liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues ;
- amélioration de l'insertion et de la réinsertion des personnes présentant une addiction.

5.4. Systèmes de soins et de prise en charge

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictologies (au sein d'établissements medico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes).

5.4.1. Organisation et assurance qualité

Le dispositif spécialisé

Ces centres ont été créés en application de la loi de 1970. Celle-ci prévoyait les modalités de garantie de traitement gratuit et anonyme de tous les usagers de drogues illicites qui souhaitaient recevoir un traitement. La quasi-totalité des « départements » français est aujourd'hui dotée d'au moins d'un de ces centres, dénommés centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Ils avaient été initialement financés par l'État puis, depuis le 1er janvier 2003, par les organismes d'assurance sociale en tant qu'établissements médico-sociaux. Leur rôle est de fournir conjointement des services médicaux, sociaux et éducatifs et, entre autres, une aide à la réhabilitation et à réintégration sociale.

On différencie trois types de CSAPA :

- Les centres de soins ambulatoires (203 en 2010). Dans la quasi-totalité des cas, ils suivent des patients accueillis en ambulatoire. Mais certains peuvent également gérer des appartements thérapeutiques résidentiels destinés à héberger des patients pendant quelques mois. Le nombre de patients effectivement hébergés par ces centres n'est qu'un très faible pourcentage des patients accueillis en ambulatoire (de 1 % à 2 %).
- Les centres de soins avec hébergement collectif, qui comprennent également des communautés thérapeutiques. Il y en a eu quarante et un en 2010. Ce sont des centres de réhabilitation (postcure) accueillant des patients après sevrage ou des patients sous traitement de substitution. Le sevrage résidentiel est le plus souvent effectué dans les hôpitaux généraux ;
- Les centres de soins dans les établissements pénitentiaires. Seize en 2010, ils sont similaires à des centres ambulatoires situés à l'intérieur des prisons. Ils ne traitent que les patients incarcérés. Les quartiers « sans drogues » n'existent pas dans les prisons françaises.

Les CSAPA en ambulatoire peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire. Ils peuvent également organiser et soutenir les patients qui souhaitent un sevrage en milieu hospitalier. Depuis 1993-1994 et jusqu'en 2002, les médecins travaillant dans un CSST étaient les seuls habilités à initier des traitements à la méthadone, le renouvellement des ordonnances pouvant être effectué ensuite par les médecins de ville. Les CSST peuvent également prescrire aux patients de la buprénorphine haut dosage (BHD). De plus, les patients peuvent demander un soutien psychothérapeutique, des conseils et une aide pour améliorer leur insertion sociale.

En France, le concept « d'unités sans drogues » n'est pas vraiment utilisé. Il est difficile de le comparer à un type donné de dispositif existant. Toutefois, un nombre très restreint de « communautés thérapeutiques » n'acceptant que des personnes abstinentes ont été créées dernièrement. Leur évaluation est en cours. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

Une circulaire¹⁰⁵ du 28 février 2008 précise les missions des CSAPA. Elles sont presque identiques à celles des CSST. Les CSAPA doivent assurer l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème d'addiction à n'importe quelle substance ou sans substances. Il assure également la prise en charge médicale, psychologique et socioéducative, ainsi qu'une prise en charge à la réduction des risques. Il a la possibilité de se spécialiser sur les drogues illicites ou sur l'alcool.

Traitement par le système de soins généraliste

Le dispositif spécialisé de traitement ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes de traitement exprimées par les usagers de drogues illicites. Depuis les années 1990, l'attention a été portée sur l'amélioration de l'accueil, par le système de soins généraliste (hôpitaux et médecins généralistes), des patients souffrant de problèmes d'addiction.

A- Hôpitaux

Comme susmentionné, (voir « politique de soins »), le plan de prévention et de prise en charge des addictions a prévu la mise en place d'une nouvelle organisation des soins en addictologie au sein de l'hôpital. Les circulaires administratives du 16 mai 2007 et du 26 septembre 2008¹⁰⁶ donnent des indications précises sur l'organisation à mettre en place dans le système hospitalier. Les soins en addictologie à l'hôpital sont organisés en filière addictologique, regroupant différentes composantes. Leur objectif est de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

Les structures de niveau 1 ont pour mission la réalisation des sevrages résidentiels simples, les activités de liaison et de consultation. Les équipes de liaison et de consultation en addictologie ont été constituées par la circulaire du 3 avril 1996. Elles étaient habituellement composées de trois personnes, dont un praticien hospitalier. Elles doivent former les équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et les assister. Cela consiste à établir des protocoles thérapeutiques, à travailler avec les patients hospitalisés et les patients en urgence. Elles font de la prévention, de l'information et de la sensibilisation au sein de l'établissement de soins. Les patients peuvent également être vus lors de consultations en addictologie ambulatoires.

Les structures de niveau 2 offrent les services des structures de niveau 1, auxquels s'ajoute l'offre de soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour.

Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale.

¹⁰⁵ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR: SJSP0830130C.

¹⁰⁶ Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. NOR : SJSH0830983C.

La circulaire du 26 septembre 2008 indique également que les filières hospitalières de soins en addictologie doivent se coordonner avec les dispositifs spécialisés CSAPA et CAARUD, les médecins de ville et les réseaux de santé.

B - Les médecins généralistes

Aujourd'hui, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en France dans la prescription de traitements de substitution aux opiacés. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire de la BHD aux patients dépendants aux opiacés. Depuis 1995, ils peuvent également prescrire la méthadone en relais après l'initiation par un centre de soins.

Les médecins généralistes sont les premiers à intervenir lorsque des patients commencent juste à consommer des drogues illicites. Les autorités publiques prévoient une formation spéciale des médecins généralistes au repérage de ces usagers et à leur familiarisation avec les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à la situation

5.4.2. Disponibilité et diversification des traitements

Traitements médicaux (substitution, sevrage).

Sevrage en ambulatoire

En 2007, une moyenne d'environ 19 patients par centre a suivi un traitement de sevrage en ambulatoire via un CSST ambulatoire (Tableau 5.1) et, toujours en moyenne, presque 14 patients par centre ont entrepris un sevrage en hôpital avec le soutien d'un centre. Les données figurant dans le tableau 5.1 révèlent une augmentation importante du nombre de traitements de sevrage entrepris entre 2003 et 2004. Toutefois, ce changement est certainement lié aux modifications de l'intitulé des questions suite à l'adoption d'un nouveau rapport en 2004. Cela étant, la tendance est clairement à la hausse, et ce, depuis les années 1990. Ce changement doit être mis en perspective, étant donné que le nombre total de personnes accueillies par les centres spécialisés a également augmenté en flèche depuis la fin des années 1990.

Par ailleurs, ces nombres moyens de patients ayant suivi un sevrage comprennent également des personnes sevrées à l'alcool. Les personnes accueillies dans ces centres pour des problèmes d'alcool ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des personnes vues dans ces centres mais il ne peut être exclu que l'alcool soit en cause dans une part plus importante de ces sevrages.

Tableau 5.1 : Nombre moyen de patients suivant un traitement de sevrage par CSST ambulatoire 1998-2007.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre moyen de patients par CSST ayant suivi un traitement de sevrage ambulatoire dispensé par le CSST.	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8	16,1	17,5	18,9
Nombre moyen de patients par CSST ayant suivi un traitement de sevrage en milieu hospitalier, avec le soutien du CSST (par centre)	N D	N D	N D	N D	N D	10,3	13,2	12,8	13,8

Source : étude des rapports d'activité standards des CSST en 2005, DGS/OFDT.

Guide pour lire le tableau : en moyenne, 5,7 patients par CSST ont suivi un traitement de sevrage ambulatoire dispensé par le CSST en 1999.

Remarque : les calculs ont été réalisés en excluant les centres offrant plus de 150 traitements de sevrage ou qui n'ont pas réussi à répondre aux questions relatives à leur activité.

Traitements de substitution pour les patients soignés dans des structures de première ligne

À l'époque de l'étude PRELUD en 2006, 60 % des usagers avaient indiqué qu'ils recevaient un traitement de substitution prescrit sur ordonnance. Dans un peu moins de deux-tiers de ces cas, la BHD était utilisée (62 %), le dernier tiers recevant de la méthadone (32 %). Enfin, une minorité (4 %) recevait un traitement à base de sulfate de morphine.

En moyenne, les usagers qui prennent un produit de substitution ont tendance à être plus âgés que ceux qui n'en prennent pas. Alors que la moyenne d'âge de ces derniers est de 32,1 ans, elle passe à 33,6 ans pour les usagers substitués à la BHD, à 34,7 ans pour la méthadone et à 35,2 ans pour le sulfate de morphine.

Dans 79 % des cas traités par du sulfate de morphine, 59 % de la BHD et seulement 16 % de la méthadone, le médicament de substitution figurait également parmi les substances utilisées à des fins non thérapeutiques. Parmi les usagers de drogue recevant du sulfate de morphine et de la BHD, il semble que les participants aient le plus souvent mentionné le produit prescrit comme entraînant le plus de problèmes (respectivement 66 % et 42 %). De fait, parmi les usagers de drogue actifs interrogés par les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), une majorité préfère utiliser l'injection comme voie d'administration, sniffer ou fumer le produit étant moins répandu. En revanche, parmi les personnes recevant de la méthadone, cette substance n'est mentionnée problématique que dans un nombre limité de cas (9 %), largement dépassée par l'héroïne (24 %) et la cocaïne/crack (19 %). Contrairement aux deux autres médicaments de substitution, la méthadone (lorsqu'elle est utilisée hors cadre thérapeutique) est quasiment exclusivement consommée par voie orale (96 %) [31].

La mise en place des traitements de substitution

À l'époque de l'étude PRELUD en 2006, 60 % des usagers avaient indiqué qu'ils recevaient un traitement de substitution prescrit sur ordonnance. Dans un peu moins de deux-tiers de ces cas, la BHD était utilisée (62 %), le dernier tiers recevant de la méthadone (32 %). Enfin, une minorité (4 %) recevait un traitement à base de sulfate de morphine.

En moyenne, les usagers qui prennent un produit de substitution ont tendance à être plus âgés que ceux qui n'en prennent pas. Alors que la moyenne d'âge de ces derniers est de 32,1 ans,

elle passe à 33,6 ans pour les usagers substitués à la BHD, à 34,7 ans pour la méthadone et à 35,2 ans pour le sulfate de morphine.

Dans 79 % des cas traités par du sulfate de morphine, 59 % de la BHD et seulement 16 % de la méthadone, le médicament de substitution figurait également parmi les substances utilisées à des fins non thérapeutiques. Parmi les usagers de drogue recevant du sulfate de morphine et de la BHD, il semble que les participants aient le plus souvent mentionné le produit prescrit comme entraînant le plus de problèmes (respectivement 66 % et 42 %). De fait, parmi les usagers de drogue actifs interrogés par les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), une majorité préfère utiliser l'injection comme voie d'administration, sniffer ou fumer le produit étant moins répandu. En revanche, parmi les personnes recevant de la méthadone, cette substance n'est mentionnée problématique que dans un nombre limité de cas (9 %), largement dépassée par l'héroïne (24 %) et la cocaïne/crack (19 %). Contrairement aux deux autres médicaments de substitution, la méthadone (lorsqu'elle est utilisée hors cadre thérapeutique) est quasiment exclusivement consommée par voie orale (96 %) [31].

Mésusages et trafic de BHD

Il faut préciser qu'une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie sur les traitements de substitution aux opiacés¹⁰⁷ : un des indicateurs majeurs du mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j¹⁰⁸) a été divisé par trois entre 2002 et 2007. Six pourcent des sujets avaient ainsi reçu plus de 32 mg/J de BHD à l'époque versus 2 % des sujets en 2006 et 1,6 % l'année suivante, selon une étude récente [32]. Cette étude montre par ailleurs que les deux tiers des sujets ayant reçu des remboursements de traitements de substitution aux opiacés en 2006 et en 2007 sont en traitement régulier et donc inclus a priori dans un processus thérapeutique (la précédente étude de 2002 avait révélé les mêmes proportions). L'ensemble des autres bénéficiaires de ces traitements ne sont toutefois pas forcément exempts de toute démarche de soins.

À l'exception de la ville de Toulouse, il semble que les mesures prises n'aient eu que peu d'impact sur la disponibilité de la BHD sur le marché parallèle. Depuis 2007, des modalités de trafic plus organisées se sont développées dans certaines régions, notamment la région parisienne, la région de Marseille et à un moindre degré l'est de la France. Moins d'usagers ont revendu des surplus, mais il y a eu des fraudes plus organisées de l'Assurance maladie, par une organisation collective du « doctor shopping » (vols de cartes vitale, recrutement de « faux usagers », consultations dans plusieurs départements...).

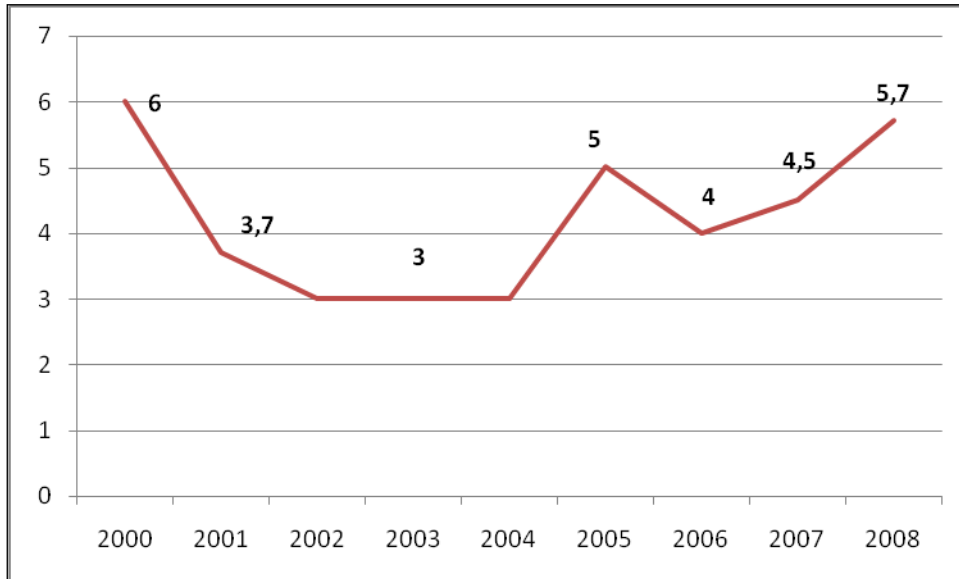
Les observations de terrain dans l'espace festif techno ont montré que l'usage de ce produit était marginal et sa disponibilité aussi, hormis dans de très grands événements.

107 Les contrôles de l'Assurance maladie mis en place depuis 2004 ont ainsi essentiellement visé à repérer les trafiquants (« patients » mais aussi quelques cas de médecins et de pharmaciens) à travers les données de remboursement et à recadrer les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg

108 La posologie d'entretien de la BHD est de 8mg/J avec une dose maximale fixée à 16 mg/J. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/J est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

En 2008, la BHD est donc de nouveau décrite comme très facilement disponible et facilement accessible sur le marché parallèle. Mais les prix demeurent plus élevés (5,7 euros en moyenne le comprimé de 8 mg), et retournent aux niveaux de ceux de l'année 2000 (Graphique 5-2) [33].

Graphique 5-1 : Évolution annuelle du prix du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2008



Source : TREND / OFDT

Trois modes d'administration existent dans le cadre d'un mésusage : l'injection, le sniff et, plus marginalement, la voie fumée. Alors que l'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique, le sniff est plutôt utilisé chez les « vieux » injecteurs. Il leur permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires dues à la fréquence des injections. En 2009 [34], l'injection de BHD est pratiquée par 7 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique. Le sniff est pratiqué par 8 % et l'inhalation par une part infime des usagers. Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer la BHD hors protocole thérapeutique, 16 % utilisent l'injection, 46 % le sniff et 49 % la voie orale. La fréquence de l'injection de la BHD dans ce deuxième groupe continue à diminuer d'année en année (34 % en 2005) avec une forte accélération de la chute depuis 2006. L'usage du sniff connaît quant à lui l'évolution inverse (34 % en 2007).

Mésusage de la méthadone

En dépit de l'apparition d'un mésusage plus visible de la méthadone, parallèlement à sa diffusion, celui-ci reste modéré par rapport à celui de la BHD. Il s'agit toujours de patients réellement en traitement de substitution qui en économisent une partie pour faire du troc, dépanner ou revendre un peu. La forme gélule disponible sur le marché depuis 2008 n'est pas concernée par ce marché noir. Déjà signalée depuis 2006, la prise de méthadone en autosubstitution est une pratique qui s'installe et qui devient perceptible dans différents sites [33].

Traitement de substitution en milieu hospitalier

Une enquête menée en 2007 par l'OFDT [35] pour évaluer l'impact de la circulaire n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts en six ans.

Le volet de l'enquête réalisée en milieu hospitalier fait ainsi apparaître la place importante occupée par les médecins généralistes dans l'accès des usagers d'opiacés dépendants à des soins spécialisés. Cela est valable, aussi bien en amont lorsqu'ils adressent les patients vers le milieu hospitalier pour la mise en place du traitement, qu'en aval, au moment de prendre le relais d'une prise en charge hospitalière. Il ressort également de cette enquête l'importance de l'articulation entre les différents partenaires du dispositif de prise en charge permettant d'éviter la rupture du traitement de substitution à la sortie de l'hôpital.

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

La moitié des services hospitaliers interrogés déclarent une part de patients sous méthadone supérieure à 50 %. C'est le cas d'un tiers seulement des services médicaux intervenant en milieu pénitentiaire (hors CSST). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé se rapprochent en outre de ceux observés en milieu libre, ce qui semble traduire une certaine homogénéité dans l'application des indications thérapeutiques. Il reste des progrès à réaliser pour une généralisation effective de l'accès à la méthadone dans l'ensemble des établissements de santé et pour celui d'un relais de prise en charge plus efficace (en particulier à la sortie de prison).

D'autre part une enquête nationale de prévalence du VIH, VHC et des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en milieu carcéral a été menée en 2010 en métropole et dans les DOM¹⁰⁹. Selon ses premiers résultats, la prévalence des MSO en milieu pénitentiaire est de 7,9 % [6,49-9,79] ce qui correspond à moins de 5 000 personnes détenues, dont un tiers (31 %) ont été initiés au traitement au cours de leur incarcération. La prédominance de BHD est d'autre part moins marquée qu'en milieu libre puisqu'il est retrouvé que 68,5 % des sujets bénéficient de BHD et 31,5 % de méthadone (données à paraître).

5.5. Accès aux soins

5.6. Caractéristique des patients pris en charge (données IDT incluses)

Nombre total de clients pris en charge

En France, seules les personnes vues dans les CSAPA font l'objet d'un recueil de données compatible avec le protocole Indicateur de demande de traitement (IDT) de l'OEDT. Ce recueil n'est pas exhaustif puisqu'en 2010 environ un tiers des CSST n'ont pas fourni de données. Par ailleurs, les données IDT ne portent que sur les personnes qui commencent ou recommencent

¹⁰⁹ Il s'agit de l'enquête PREVACAR, dont la parution des résultats sera effective au dernier trimestre 2011. Elle a reposé sur la passation d'un questionnaire « offre de soins » adressé aux 168 UCSA (hors établissements pour mineurs) et d'un questionnaire « patient » adressé à un échantillon de 27 établissements tirés au sort. Mille huit cent soixante et un (1861) questionnaires individuels ont pu être exploités.

un traitement. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres sources pour évaluer le nombre total de personnes venues chercher de l'aide auprès de professionnels en raison d'une consommation problématique de drogues illicites.

On dispose actuellement de données assez précises sur le nombre de personnes prises en charge dans le dispositif spécialisé. Les CSST doivent en effet fournir chaque année aux autorités administratives un rapport d'activité dans lequel figurent quelques données sur les personnes accueillies au cours de l'année écoulée (voir annexe VI-P). Le taux de réponse est proche de 90 % chaque année et presque de 100 % sur une période de deux ans. De ces rapports d'activité, il est possible d'évaluer à environ 96 000 le nombre de personnes vues dans les CSST ambulatoires en 2008 pour leur problème avec les drogues illicites. Ce nombre comprend des doubles comptes qui ne doivent cependant pas représenter globalement plus de 5 % du total. Relativement aux CSST ambulatoires, le nombre de personnes hébergées dans un centre de traitement résidentiel apparaît très faible, un peu moins de 2 000 personnes qui, pour partie, sont déjà comptées parmi les personnes vues dans les CSST ambulatoires. Ce sont ces centres qui adressent aux centres résidentiels une part importante des patients qui y sont hébergés. Dans les CSST en milieu pénitentiaire, on peut évaluer à 5 300 le nombre de personnes vues pour un problème avec les drogues illicites en 2008.

En médecine de ville, les seules données disponibles au niveau national portent sur les personnes sous traitement de substitution. En 2010, environ 145 000 personnes se sont faites rembourser leur traitement de substitution par les organismes de sécurité sociale. Une partie de ces personnes est également incluse dans celles ayant fréquenté un CSST en 2010.

Pour les hôpitaux, on dispose de données nationales issues du système d'information médico économique PMSI¹¹⁰ sur le nombre d'hospitalisation avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, hors alcool et tabac (diagnostic CIM10 : F11 à F16, F18 et F19). Il y a eu 7 830 hospitalisations en 2010. Il faut noter que ces données n'incluent pas les passages dans les services d'urgence. Des doublons entre les personnes hospitalisées et celles vues dans les centres spécialisés ou en médecine de ville existent également. D'autres données remontant à 2005, issues d'un rapport d'activité des équipes de liaison (demandé une seule année) permet d'évaluer à environ 8 000 le nombre de personnes vues en consultation externe à l'hôpital (c'est-à-dire non hospitalisées) pour des problèmes de consommation de drogues illicites. Il n'est encore une fois pas possible d'additionner ces chiffres aux autres, compte tenu des nombreuses possibilités de doublons entre ces personnes et celles qui sont hospitalisées ou recensées dans les autres secteurs déjà mentionnés. Les données sur l'hôpital sont très parcellaires. Il apparaît néanmoins assez clairement que le nombre de personnes avec un problème de consommation de drogues illicites vues au cours d'une année à l'hôpital (hors CSST) était jusqu'à une date récente assez faible relativement au nombre total de personnes vues dans les CSST (10 % au maximum).

Caractéristiques des patients commençant un traitement dans des centres spécialisés

- Patients vus dans les centres en ambulatoire

En 2010, 137 CSAPA ambulatoires ont participé à l'étude RECAP, soit un peu plus des deux tiers de l'ensemble. Le nombre total de centres en 2010 a diminué par rapport à 2009, certains

¹¹⁰ <http://stats.atih.sante.fr/mco/diagone.php>

d'entre eux ayant fusionné. Le taux de couverture de l'enquête RECAP est un peu plus faible en 2010 qu'en 2009. Plusieurs centres n'ayant pas communiqué de données cette année ont invoqué des problèmes liés aux logiciels (données perdues, changement de logiciel). D'autres fourniront des informations mais avec beaucoup de retard. Les données ci-dessous concernent plus de 44 000 patients (appelés « nouveaux patients ») qui ont commencé un nouvel épisode de traitement dans l'un de ces centres au cours de l'année.

Les patients recevant un traitement pour la première fois de leur vie (appelés « primo-patients ») représentaient 30 %¹¹¹ de l'ensemble des nouveaux patients qui ont été vus, cette part étant encore plus faible chez les femmes (26 % vs 31 % chez les hommes). Pour les autres patients, il s'agissait de nouvelles demandes de traitement dans un centre donné ou d'un renouvellement de traitement suite à une rupture de contact de plus de six mois avec le centre de soins. Le pourcentage de primo-patients par rapport à la totalité des patients doit être considéré avec précaution étant donné que les informations concernant l'existence de traitements antérieurs est inconnue dans 24 % des cas.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

En 2010, parmi les nouveaux patients, près de quatre sur cinq (81 %) étaient de sexe masculin. Ils étaient en moyenne âgés de 30,7 ans. Les femmes sont en moyenne un peu plus âgées que les hommes (32,2 ans vs 31,6). Cet âge moyen est le résultat du mélange de deux sous-populations, les usagers de cannabis d'un côté, avec un âge moyen situé entre 25 et 26 ans, et les usagers d'opiacés et de cocaïne de l'autre côté, avec un âge moyen d'environ 34 ans. Les tranches d'âge les plus largement représentées chez les nouveaux patients sont celles des 20-24 ans et des 25-29 ans, chacune de ces classes d'âge représentant environ 20 % des nouveaux patients. Les moins de 25 ans représentent 41 % du total. Un peu plus de 19 % des patients sont âgés de plus de 40 ans.

La proportion d'hommes parmi les patients ayant recours aux soins pour la première fois est un peu plus importante (83 %) que parmi l'ensemble des nouveaux patients. Les primo patients sont surtout nettement plus jeunes. Leur âge moyen est de 26,4 ans. Environ la moitié de ces patients a moins de 25 ans et 9 % sont âgés de 40 ans et plus.

¹¹¹ Sauf mention contraire, tous les pourcentages sont calculés par rapport aux totaux une fois exclues les réponses manquantes ou les réponses « Ne sait pas ».

Tableau 5.2 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2010.

Age	Tous les traitements	Premiers traitements
- de 20 ans	11,5	22,2
20-24 ans	19,6	27,7
25-29 ans	20,5	20,9
30-34 ans	15,9	12,6
35-39 ans	13,0	7,9
40-44 ans	9,7	4,7
45-49 ans	5,4	2,2
50 ans et +	4,3	1,9
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010.

Les nouveaux patients entrent le plus fréquemment en contact avec les centres de soins à leur propre initiative (36 %) ou après orientation par le système judiciaire ou la police (29 %). Cette dernière orientation représente une part beaucoup plus faible chez les femmes (12 % vs 33 % chez les hommes). Parmi les primo patients, cette orientation concerne près de la moitié des effectifs (48 %). La plupart des personnes adressées par le tribunal ou la police sont des usagers de cannabis.

Tableau 5.3 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2010.

Origine du traitement	Tous les traitements	Premiers traitements
Initiative propre du patient	35,9	23,7
Famille ou amis	9,5	9,5
Autres centres spécialisés pour les toxicomanes	7,5	3,1
Médecins généralistes	6,9	5,1
Hôpital ou autre établissement médical	5,0	3,5
Services sociaux	3,8	3,6
Police, tribunaux ou injonction thérapeutique	28,6	48,1
Autre	2,8	3,4
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010.

Les nouveaux patients vivent le plus souvent avec leurs parents ou seuls (respectivement 35 % et 29 %) et la plupart du temps dans un logement stable (78 %). Toutefois, 20 % d'entre eux ont indiqué qu'ils vivaient dans des conditions de logement précaires. Les femmes se différencient des hommes : elles vivent, dix fois plus souvent que les hommes, seules avec leur enfant (11 % vs 1 %), et plus souvent avec un partenaire (19 % vs 10 %). Elles habitent en contrepartie beaucoup moins souvent avec leurs parents (23 % vs 37 %). En raison du pourcentage important de personnes plus jeunes dans ce groupe, les primo-patients sont moins susceptibles de vivre seuls et vivent plus fréquemment (45 %) avec leurs parents.

Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2010.

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Tous les traitements	Premiers traitements
Seul	28,9	22,9
Avec les parents	34,6	45,1
Seul avec un enfant	3,0	2,2
Avec un partenaire mais sans enfants	12,8	12,1
Avec un partenaire et un (des) enfant(s)	11,4	9,8
Avec des amis	3,3	2,6
Autre	6,0	5,3
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010

Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2010.

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Tous les traitements	Premiers traitements
Logement stable	77,7	86,1
Logement instable	19,2	12,3
Logement en institution	3,1	1,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010

Les économiquement inactifs ou sans emploi (situation professionnelle) représentaient un total de 46 % des nouveaux patients, alors qu'à peine plus d'un quart (26 %) a un travail régulier et 13 % sont toujours lycéens ou étudiants (Tableau 5-6). Le pourcentage d'économiquement inactifs est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (28 % vs 21 %). Les primo-patients se différencient des patients tous traitements confondus par un pourcentage plus élevé d'étudiants et de lycéens et un pourcentage plus faible d'économiquement inactifs.

Près des deux tiers (63 %) des nouveaux patients ont déclaré avoir atteint le niveau secondaire ; 4 % n'avaient pas dépassé l'école primaire et 33 % ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'étude supérieur au *baccalauréat*. Les femmes se caractérisent par un pourcentage nettement plus élevé ayant un niveau supérieur au secondaire (46 % vs 30 %). La répartition du niveau d'étude n'est pas différente chez les primo-patients.

Tableau 5.6 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2010.

Situation professionnelle	Tous les traitements	Premiers traitements
Emploi régulier	26,2	28,6
Etudiant, lycéen	13,4	22,0
Inactif sur le plan économique	22,0	14,5
Sans emploi	24,4	20,3
Autre	14,0	14,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010.

Usage de drogues

Près de la moitié des nouveaux patients (46 %) a été accueillie dans les centres de soins spécialisés en 2010 pour des problèmes liés à l'usage de cannabis. Une majorité d'entre eux (58 %) a déclaré le consommer tous les jours. Le pourcentage de personnes prises en charge en raison de leur usage de cannabis est nettement plus faible chez les femmes (32 % vs 49 %). La part des consommateurs quotidiens est un peu plus faible chez les femmes mais cette différence n'est pas très importante (58 % vs 62 %).

La proportion des primo-patients déclarant le cannabis comme produit primaire (produit posant le plus de problèmes) est plus élevée que pour l'ensemble des nouveaux patients et atteint les deux tiers. La répartition de la fréquence de consommation est similaire dans les deux groupes. L'importance des usagers de cannabis parmi les patients sous traitement en France est en partie la conséquence du nombre important et toujours croissant d'interpellations pour usage de cannabis. Une partie des usagers interpellés est adressée aux centres de soins par les tribunaux.

Les opiacés sont identifiés comme produit primaire par 43 % des patients. Parmi eux, 80 % citent l'héroïne, la méthadone représentant 4 % et les autres opiacés (principalement la BHD)¹¹² 16 %. Parmi ces patients, l'héroïne est le plus souvent consommée par voie nasale (62 %) mais un consommateur d'héroïne sur cinq utilise encore l'injection. Le pourcentage d'injecteurs est beaucoup plus élevé (40 %) chez les consommateurs d'autres opiacés, catégorie qui comprend principalement la BHD. Parmi les usagers d'opiacés, presque 80 % ont consommé ces substances quotidiennement et 11 % les ont prises régulièrement (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine).

Moins souvent prises en charge pour leur usage de cannabis que les hommes, les femmes le sont en revanche beaucoup plus en raison de leur consommation d'opiacés (53 % vs 42 %), et cela quel que soit le type d'opiacés considéré. Elles utilisent un peu moins souvent la voie injectable que les hommes pour consommer l'héroïne (17 % vs 21 %) mais tout autant pour les autres opiacés.

Le pourcentage de primo-patients déclarant les opiacés comme premier produit est bien inférieur à celui de l'ensemble des nouveaux patients (24 % vs. 43 %). La répartition de la fréquence d'utilisation est similaire dans les deux groupes même si le pourcentage de consommation quotidienne est légèrement plus élevé chez les primo-patients. L'injection comme voie d'administration des opiacés est bien moins fréquente dans ce groupe (13 % contre 23 %).

¹¹² Pour la méthadone et la BHD, cela signifie une utilisation hors cadre thérapeutique.

Tableau 5.7 : Répartition (en %) en fonction du produit primaire, 2010.

Première drogue	Nouveaux patients	Primo patients
1. Opiacés (total)	43,0	24,0
11 héroïne	34,4	20,2
12 méthadone	1,8	0,7
13 autres opiacés	6,9	3,0
2. Cocaïne (total)	6,9	5,6
21 cocaïne	5,3	5,0
22 crack	1,6	0,7
3. Stimulants (total)	0,5	0,4
31 amphétamines	0,2	0,2
32 MDMA et autres dérivés	0,3	0,1
33 autres stimulants	0,0	0,0
4. Hypnotiques et sédatifs (total)	2,1	0,9
41 barbituriques	0,1	0,1
42 benzodiazépines	1,6	0,5
43 autres	0,4	0,2
5. Hallucinogènes (total)	0,3	0,3
51 LSD	0,2	0,1
52 autres	0,1	0,2
6. Inhalants volatiles	0,2	0,3
7. Cannabis (total)	45,9	67,8
9. autres substances (total)	1,0	0,8
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2010.

Après le cannabis et les opiacés, la cocaïne est, loin derrière, le troisième produit le plus consommé ; elle est mentionnée comme produit primaire par un peu plus de 5 % des patients. Parmi eux la fréquence de consommation du produit primaire est beaucoup plus faible que lorsque les opiacés sont en cause : 35 % des usagers de cocaïne en consomment tous les jours et 25 % fréquemment. La cocaïne est sniffée (68 %) ou fumée (18 %). Elle est également injectée chez un pourcentage non négligeable de patients (13 %). La cocaïne est un peu moins souvent mentionnée chez les primo-patients mais la différence n'est pas très importante. Dans ce groupe de patients, le pourcentage de personnes s'injectant la cocaïne est moins important que parmi l'ensemble des nouveaux patients usagers de cocaïne (6 % contre 13 %). La très grande majorité d'entre eux utilise la voie nasale (72 %). La cocaïne est également un produit un peu plus souvent mentionné comme produit secondaire que comme produit primaire. Parmi les nouveaux patients pour lesquels on dispose d'une information sur le produit primaire, 8 % mentionnent l'usage de la cocaïne en produit secondaire. La cocaïne comme produit secondaire se rencontre dans les trois quarts des cas chez des usagers d'opiacés en produit primaire.

Parmi les nouveaux patients ayant eu recours aux soins en 2010, près des trois quarts (73 %) ont indiqué qu'ils n'avaient jamais utilisé l'injection comme voie d'administration. Parmi les patients ayant déjà utilisé la voie intraveineuse, 15 % n'ont pas utilisé cette voie récemment et 11 % ont indiqué s'être injectés au cours du mois précédant l'entretien. Ceux qui ont utilisé l'injection au cours du mois écoulé sont principalement des usagers d'opiacés (82 %) : ils se répartissent en consommateurs d'héroïne pour les deux tiers et en consommateurs d'autres opiacés pour 30 %. Les femmes, plus souvent prises en charge pour leur usage d'opiacés que les hommes, utilisent un peu moins souvent l'injection pour consommer ces produits (20 % vs 24 %). Les personnes accueillies par les CSST pour la première fois de leur vie ont moins recours à la voie intraveineuse que les patients qui ont déjà reçu un traitement. Ainsi, en 2010, environ 92 % des primo-patients en ambulatoire (tous produits confondus) n'avaient jamais eu

recours à l'injection comme voie d'administration (contre 73 % chez les nouveaux patients dans leur ensemble).

Patients vus dans les centres avec hébergement

Le nombre de patients vus dans les centres de soins avec hébergement ne représente qu'une très faible proportion des patients vus dans les centres en ambulatoires. En 2010, 25 centres avec hébergement ont fourni des données RECAP sur près de 740 patients.

La presque totalité des patients accueillis dans les centres avec hébergement se sont déjà fait aider par un professionnel du soin pour leur addiction. Il est rare que les patients fassent une demande de traitement directement à ces centres. Dans la plupart des cas ils sont adressés, au moins la première fois, par d'autres centres de soins. Les données sur l'adressage des patients indiquent que les deux tiers de ceux accueillis dans les centres avec hébergement ont été adressés par le secteur sanitaire. Un quart des patients a déclaré être venu de sa propre initiative. L'hypothèse peut néanmoins être émise que pour la plupart il ne s'agit pas d'un premier séjour dans un centre de ce type.

Les patients vus dans les centres avec hébergement sont en moyenne plus âgés que ceux vus en ambulatoire (32,6 ans vs 30,7 ans). Ces centres accueillent en général les patients avec les problèmes d'addiction les plus graves. Ces personnes sont également le plus souvent en situation d'exclusion sociale. Cela explique en partie la très faible représentation des mineurs et des moins de 20 ans dont la situation peut paraître moins défavorable du point de vue de l'addiction et de l'insertion sociale que celle de patients plus âgés. Le déficit de l'offre d'hébergement thérapeutique pour les plus jeunes est cependant souvent souligné par les addictologues. Les mineurs et les moins de 20 ans dont la situation justifierait un séjour dans un centre trouveront difficilement une place disponible. Si les plus jeunes sont peu représentés, il reste qu'un peu plus de 40 % des nouveaux patients accueillis dans ces centres ont moins de 30 ans.

La plus grande exclusion sociale caractérisant cette population est indiquée par le pourcentage encore plus élevé de patients, relativement à ceux en ambulatoire, qui vivent seuls (45 %), qui sont logés de façon précaire (45 %) ou qui sont au chômage ou économiquement inactifs (respectivement 47 % et 31 %).

Âge plus élevé, de même que gravité des problèmes d'addiction et d'exclusion sont d'avantage associés à la consommation des opiacés et de la cocaïne, bien plus représentés dans cette population (respectivement 57 % et 17 %) que dans celle suivie en ambulatoire. La proportion de personnes suivies dans ces centres en raison de leur usage de cannabis est en contrepartie beaucoup plus faible (17 %). Du fait de la gravité des problèmes d'addiction, la proportion de personnes ayant utilisés l'injection au cours des 30 derniers jours est nettement plus élevée dans cette population : elle atteint près de 35 % chez les personnes ayant les opiacés en produit primaire et 38 % chez ceux ayant de la cocaïne en produit primaire.

5.7. Tendances relatives aux patients pris en charge dans les centres spécialisés

Les données sur les patients compatibles avec le protocole IDT ne sont disponibles en France que depuis 2005. Les évolutions ne peuvent donc être véritablement suivies que sur une période assez courte. En ce qui concerne les centres avec hébergement, les fortes variations

des effectifs, liées à celle des taux de réponse, rend difficile l'interprétation des évolutions. Par conséquent, seules les tendances relatives aux patients vus en ambulatoire seront abordées dans cette section.

D'une année sur l'autre, les caractéristiques des nouveaux patients accueillis dans les centres spécialisés en ambulatoire restent très stables. Entre 2009 et 2010, compte tenu de la variation du nombre de centres ayant participé à l'enquête, il serait hasardeux de mettre en avant des évolutions qui sont la plupart du temps inférieures au point de pourcentage. L'observation des évolutions sur plusieurs années fait néanmoins apparaître quelques tendances.

Comme on peut le voir sur les données du graphique ci-dessous, l'âge moyen des patients est en augmentation continue passant entre 2005 et 2010 de 28 ans à presque 31 ans. L'observation de l'évolution de la distribution par tranche d'âge (tableau 5-8) fait apparaître que ce vieillissement est surtout lié à une diminution d'environ 10 points de la part des 15-24 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus dont la part a presque doublé passant de près de 11 % en 2005 à plus de 19 % en 2010. Entre 2005 et 2007, la diminution est plus marquée chez les 15-19 ans. Entre 2007 et 2010, la baisse apparaît surtout chez les 20-24 ans. La tendance à l'augmentation de l'âge moyen se manifeste également pour les premières demandes de traitement. Pour interpréter ces évolutions il faut garder à l'esprit que d'après les rapports d'activité fournis par les CSST, le nombre de personnes accueillies a tendance à augmenter d'année en année. Une diminution de la part des plus jeunes ne veut pas forcément dire que leur nombre diminue en termes absolus.

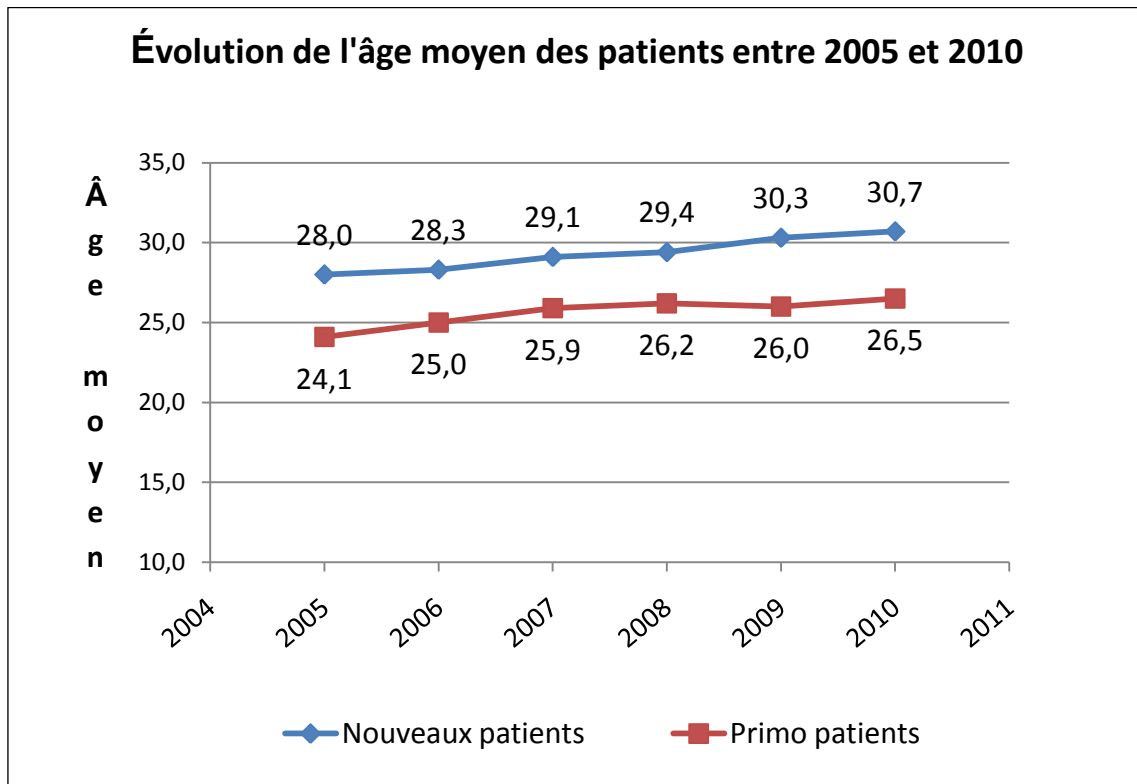


Tableau 5.8 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2010.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<15	0,6	0,8	0,7	1,4	1,2	1,1
15-19	16,0	14,8	11,9	11,3	11,4	10,4
20-24	24,8	25,2	24,7	23,3	20,4	19,6
25-29	19,0	19,4	21,2	21,4	20,2	20,5
30-34	16,6	15,4	14,9	14,6	14,8	15,9
35-39	12,3	12,3	12,5	12,7	13,4	13,0
40-44	6,8	7,1	8,4	8,4	9,3	9,7
45-49	2,5	3,2	3,5	4,2	5,4	5,4
50-54	0,8	1,2	1,4	1,7	2,3	2,5
55-59	0,3	0,5	0,6	0,7	1,0	1,1
60-64	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
>=65	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2010.

Ce vieillissement des personnes accueillies dans les centres, a des répercussions sur certaines caractéristiques des patients. Ainsi, en cohérence avec la diminution de la part des 15-24 ans, le pourcentage de personnes vivant chez ses parents est en diminution constante passant de 42 % à moins de 35 % alors que la part des personnes vivant seules augmente de 25 % à 29 %. Pour des raisons également liées à la modification de la répartition par tranches d'âge, la part des élèves et des étudiants est en régression, passant de 17 % en 2005 à 13 % en 2010.

En ce qui concerne les produits primaires, il peut être mentionné une tendance à l'augmentation du pourcentage de patients en difficulté avec la cocaïne ou le crack entre 2005 et 2008 (de 5,7 % à 7 %,), part qui s'est ensuite stabilisée. Le pourcentage de consommateurs de drogues vus principalement pour un problème d'héroïne a augmenté entre 2007 et 2010 passant de 31,1 % à 34,4 %. Cet accroissement en termes relatifs s'accompagne d'une baisse presque équivalente en 2009 de la part que représentent les personnes venues pour un problème de cannabis (de 49,4 % en 2007 à 45,9 % en 2010). L'évolution de la répartition des produits primaires n'est pas la même chez les primo patients : la part de l'héroïne est en diminution et celle du cannabis est sur l'ensemble de la période en augmentation.

En ce qui concerne les modes de consommation, les données sur les années 2005 à 2010 font apparaître une baisse du pourcentage des personnes prises en charge pour un problème de consommation d'opiacés et de cocaïne utilisant actuellement la voie intraveineuse. Néanmoins, la baisse se manifeste surtout en 2007. Depuis cette année, les chiffres font plutôt apparaître une stabilisation du pourcentage d'injecteurs actuels.

Tableau 5.9 : Pourcentage des patients ayant recours aux injections par produit primaire, évolution entre 2005 et 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Opiacés (total)	24,8	24,6	20,9	21,2	20,9	20,6
11 héroïne	20,6	20,5	17,0	17,8	17,2	17,1
12 méthadone	17,4	13,2	11,3	10,3	12,0	14,8
13 autres opiacés	44,1	44,3	39,6	39,9	39,5	39,0
2. Cocaïne (total)	15,4	16,2	13,1	14,4	13,7	13,7
21 cocaïne	18,0	18,1	14,4	15,5	15,2	14,7
22 crack	6,6	8,8	7,8	10,7	9,3	10,7

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2010.

6. Conséquences sanitaires

6.1. Introduction

L'usage de drogues peut entraîner des processus morbides comme des maladies virales (VIH/Sida et hépatites), des maladies sexuellement transmissibles ou des maladies réurgentes liées à la précarité comme la tuberculose. Des comorbidités psychiatriques en lien avec cet usage sont classiquement retrouvées. Des décès peuvent également être observés, et sont recensés et précisés à partir de plusieurs dispositifs d'information en France.

VIH / Sida et hépatites virales (Hépatites B et C)

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

- Des prévalences déclarées du VIH, VHB et VHC : initialement renseignées à partir de l'enquête dite « de novembre » (informations concernant les patients fréquentant les CSST, voir la liste des sources détaillées, annexe VI-D), elles ont par la suite pu être fournies via le dispositif RECAP (patients vus en CSST et CCAA) à partir de 2005 [36] et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structure dites de « première ligne » notamment les enquêtes PRELUD et ENa-CAARUD.
- Les prévalences déclarées du VIH, VHC et VHB varient selon les études et les modes de consommation adoptés par les usagers (injection, sniff) ;
- Des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement sanguin) fournies à partir de l'enquête Coquelicot (voir annexe VI-C) [37]. Cette étude, destinée à évoluer vers un système d'information national met en évidence l'écart existant entre prévalence déclarée et mesurée de l'hépatite C, notamment parmi les plus jeunes.
- Des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement salivaire) auprès d'usagers de structures de première ligne : l'enquête PRELUD (rapport TREND 2007), débutée en février 2006 dans 9 villes françaises.
- Des estimations d'incidence s'appliquent aux cas de Sida et à ceux d'infection par le VIH. La notification des cas de sida (InVS) existe depuis le début des années 1980 et est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisé a été mis en place en 2003 par la circulaire de la direction générale de la santé -DGS- (n° 2003/60 du 10 février 2003), rendant obligatoire également la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH.

Le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est ainsi en baisse constante depuis 1994.

Des notifications de cas d'hépatites B aiguës déclarés depuis 2004 (notifications rendues obligatoires depuis cette date). 894 cas ont ainsi été déclarés entre 2004 et 2009 parmi lesquels ont été retrouvés 23 cas (2,6 %) en lien avec un usage de drogues.

Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose ni d'éventuelles maladies sexuellement transmissibles.

Autres maladies infectieuses

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique d'autres maladies infectieuses

Données comportementales

Il existe en France des éléments d'information quantitatifs (Étude ENa-CAARUD de l'OFDT et étude Coquelicot de l'InVS) et qualitatifs (dispositif TREND et versant qualitatif de Coquelicot) renseignant, parmi les usagers de drogues, la perception de leur état de santé et leurs comportements à risques [28, 33, 37]. Les enquêtes menées dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures de « première ligne » avaient également auparavant fourni des indications sur la perception de leur état de santé ainsi que l'apparition de certaines pathologies [38-39].

Comorbidités psychiatriques

Les quelques travaux existants en France ne permettent pas de tirer des conclusions constantes sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues.

Mortalité liée à l'usage de drogues

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

- Par pharmacodépendance (CepiDc-INSERM). Cette catégorie rend compte de l'ensemble des décès pour lesquels le certificat de décès mentionne une pharmacodépendance. Pour des raisons liées au circuit de l'information, la mise à disposition de ces données s'effectue toutefois avec un délai de deux ans. Le nombre des décès par pharmacodépendance a décliné entre 1995 à 2002 avant de connaître une nouvelle hausse depuis 2003. Certaines surdoses sont codées sous la rubrique des décès de causes mal définies.
- Avec présence sanguine de substances psychotropes : le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – AFSSAPS, voir annexe VI-D) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Le but premier de DRAMES n'est pas d'établir un décompte exhaustif du nombre de surdoses mais d'évaluer les substances ayant provoqué les décès et leurs associations, en particulier médicamenteuses. Le nombre de laboratoires participant n'a cessé de croître (7 en 2002, 19 en 2008). Les décès par surdoses d'opiacés ont augmenté, ainsi que par mésusage de traitement de substitution (méthadone et BHD) et de stimulants.
- Par surdose lorsque le décès fait l'objet d'une procédure judiciaire (OCRTIS). Cette source statistique ne couvre que les décès qui sont portés à la connaissance des

services de police ou de gendarmerie nationale. Elle ne comprend pas les décès par surdose des ressortissants français constatés à l'étranger et les décès intervenus en milieu hospitalier. Depuis 1995, le nombre de décès par surdose constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue (- 80 % entre 1995 et 2003) avant de connaître une nouvelle hausse. L'OCRTIS ne publie plus de données sur les surdoses depuis 2008.

- Liés au Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (InVS). Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est en baisse continue depuis 1994.

Plusieurs études ont souligné un problème de sous-estimation du nombre officiel des surdoses mortelles liées aux usages de substances illicites en France au cours des années 1990 et début 2000 [40-42]. Le recoupement des trois sources d'information mentionnées (OCRTIS, AFSSAPS, INSERM) portant sur les surdoses recensées en 2007 a été réalisé en 2009 afin d'évaluer l'éventuelle persistance de ce biais.

6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

6.2.1. VIH/SIDA et hépatites virales B et C

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

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en mars 2003, 32 594 découvertes de séropositivité ont été déclarées. En 2008, en prenant compte des délais de déclaration et la sous-déclaration, le nombre de notifications positives était estimé à 6 500, nombre à peu près stable par rapport à l'année précédente (6 400 en 2007) et toujours dans un contexte global de diminution par rapport aux années antérieures (7 000 en 2006 et 7 500 en 2005).

En 2010, la contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) ne représente plus que 1,5 % de ces nouvelles infections (tableau 6-1). Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (43,4 % des cas) et en particulier chez les femmes (66 % des cas) suivi par les rapports homosexuels (23 % des cas représentant 37 % des contaminations chez les hommes).

Tableau 6.1 : Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2009 par mode de contamination (France, données au 30/06/10).

Modes de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%
Rapports hétérosexuels	8 553	65,6	6 723	30,4	15 276	43,4
Rapports homosexuels	-	-	8 112	36,6	8 112	23
Injection de drogues	102	0,8	409	1,8	511	1,5
Autres ^b	196	1,5	180	0,8	376	1
Non renseigné	4 200	32,1	6 724	30,4	10 924	31,1
Total	13 051	100	22 148	100	35 199	100

a : Nombre de cas provisoires non redressés pour la sous-déclaration

b : transmissions mère-enfant, homosexuels usagers de drogues, transfusés (à l'étranger ou en France) et hémophiles contaminés dans les années 1980 et autres cas non précisés.

Source : système de notification obligatoire de l'infection à VIH, InVS (données au 30/12/09)

Quant au nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI, il est en baisse continue depuis le milieu des années 1990 : s'ils représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida à cette époque, ils ne représentaient plus qu'un peu moins de 8 % en 2008 et environ 5 % en 2010 (données provisoires).

Tableau 6.2 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 2000-2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
UDVI	248	260	207	176	168	121	98	85	75	23	11
Total nouveaux cas de Sida	1 745	1 685	1 658	1 489	1 397	1 339	1 146	983	990	536	205
Part UDVI (%)	14,2	15,4	12,5	11,8	12	9,0	8,6	8,6	7,6	4,3	5,4

* : données provisoires non redressées pour les délais de sous déclaration au 30/06/2010

Source : système de surveillance du Sida, InVS. (Données au 30/06/2010)

Données PRELUD

L'enquête Première ligne usagers de drogues (PRELUD) menée par l'OFDT en 2006 a permis de faire un point sur l'état des pratiques et des consommations en matière de substances psychoactives dans une population à forte prévalence d'usage. Elle a été réalisée sur la base du volontariat, dans des structures dites de « première ligne », devenues depuis CAARUD¹¹³. En 2006, dans 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse) un prélèvement salivaire avait ainsi été proposé à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection au VIH et au VHC. Cette enquête dite BIO PRELUD a ainsi révélé, parmi l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 % (ST9 Part 2). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disaient négatives était égale à 5,0 %¹¹⁴.

¹¹³ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

¹¹⁴ Les écarts observés par rapport aux résultats de l'étude coquelicot s'expliquent par :

- la population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autre cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne) ;
- la méthode qui est différente (au plan biologique et au plan du recrutement) ;

Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BIO PRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.

			A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et/ou sniffé au moins une fois dans la vie
			Non	Oui	
		Ensemble	N = 136	N = 348	N = 467
Ensemble	N = 484	8,5%	8,0%	9,6%	8,8%
< 25 ans	N = 134	6,0%	-	5,6%	6,2%
De 25 à 34 ans	N = 211	7,1%	-	5,5%	7,4%
> 34 ans	N = 139	13%	-	13%	13%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives (seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France) obtenues dans les neuf villes ont évoqué une décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida entre 2003¹¹⁵ et 2006 puisque cette prévalence est passée de 10,2 % à 6,2 %.

Concernant les données biologiques se rapportant au virus de l'hépatite C, l'enquête BIO PRELUD indique en 2006 une prévalence de l'hépatite C égale à 32 %. Chez les injecteurs, la prévalence estimée s'élève à 42 % (ST9 Part 2). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 %.

Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BIO PRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.

	Effectifs	Tous N=500	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et/ou sniffé au cours de la vie N=483
			Non N=138	Oui N=362	
Ensemble	N=500	32%	7%	42%	33%
< 25 ans	N=138	13%	-	16 %	14%
25-34 ans	N=214	31%	-	44 %	32%
> 34 ans	N=148	51%	-	63 %	53%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives de l'enquête PRELUD entre 2003 et 2006 ont évoqué quant à elles une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C (43,4 % à 34 %) et en particulier chez les plus jeunes (moins de 25 ans) où elle a diminué de moitié (de 17,6 % à 8,4 %). Ce phénomène n'est toutefois pas lié à une chute de l'injection chez ces derniers. En effet, parmi les usagers de moins de 25 ans, la part des injecteurs/vie est passée de 51 % en 2003 à 59 % en 2006, et celle des injecteurs plus de 10 fois au cours de la vie a augmenté dans le même temps de 41 % à 50 %.

- les villes enquêtées qui sont également différentes.

¹¹⁵ Dernière édition de l'enquête « Première Ligne » en 2003 remplacée en 2006 par l'enquête PRELUD

Cependant, on observe également une pratique du dépistage pour ces deux virus plus fréquente chez les plus jeunes en 2006 qu'en 2003, qui pourrait être responsable d'une évolution de la population des répondants (seuls ceux qui ont pratiqué un dépistage peuvent répondre à la question). Chez les moins de 25 ans, la part de ceux qui n'ont jamais pratiqué de dépistage chute en effet de 39 % à 25 % entre 2003 et 2006.

Concernant le virus de l'hépatite B, il ressort qu'en 2006, quel que soit l'âge, plus du tiers des usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain ignore quelle est sa situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B qui peut se transmettre par le partage des seringues ou par relations sexuelles. Les plus de 34 ans étaient toutefois nettement plus nombreux que les jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 % versus 4 % des 25-34 ans et 2,1 % des moins de 25 ans). Parmi les personnes qui se disaient vaccinées en 2006, 45 % déclaraient avoir reçu 3 injections, 25 % deux et 28 % une seule.

Données ENa-CAARUD

Cette enquête nationale, menée pour la seconde fois en 2008 auprès de 3 138 usagers vus au travers des 122 structures habilitées comme CAARUD¹¹⁶, a pour vocation de rendre compte de la diversité et des modalités de consommation d'une large population de consommateurs actuels de drogues. Elle renseigne en particulier les statuts sérologiques déclarés des usagers rencontrés au sein de ces structures (VIH et Hépatite C). En 2008, la majorité des usagers de drogues a ainsi effectué ces tests de dépistage (87,2 % pour celui du VIH et 83,8 % pour le VHC) et, parmi ceux-ci, 6 % déclarent être positifs au VIH et 28 % au VHC. Au cours de l'édition précédente de 2006, les taux de dépistage étaient à peu près similaires (84 % pour celui du VIH et 81 % pour le VHC) mais les taux de déclaration de positivité étaient plus élevés. En effet, et de la même manière que pour les données déclaratives de l'enquête PRELUD, les données obtenues parmi les usagers des CAARUD vont dans le sens d'une diminution de la déclaration de séropositivité au VIH (6,3 % versus 7,3 % en 2006) même si cette diminution n'est pas significative. Elles suggèrent toutefois une diminution significative de la prévalence de l'hépatite C (28 % versus 35 % en 2006, $p < 0,01$).

Cette décroissance de séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes de moins de 25 ans (séropositivité déclarée pour le VIH respectivement de 2,6 % et 0,5 % en 2006 et 2008 et de 14,9 % et 10,1 % pour le VHC sur ces mêmes années).

Les femmes ont déclaré avoir effectué plus souvent un test de dépistage en 2008 que les hommes que ce soit pour le VIH (88,6 % d'entre elles versus 86,8 % des hommes dans la vie) ou le VHC (85,3 % versus 83,3 %). Elles ont d'ailleurs effectué ces tests de manière plus récente (moins de 6 mois) que les hommes pour le VIH (47,6 % d'entre elles versus 39,7 % des hommes) comme pour le VHC (47,6 % versus 40,7 %).

Les résultats de ces tests sont d'autre part plus souvent positifs chez les femmes pour le VIH (6,5 % versus 5,9 %) contrairement au VHC (25,5 % versus 28,4 %).

¹¹⁶ L'édition de 2006 avait porté sur 3 349 usagers vus au travers de 114 CAARUD

Comme pour l'enquête PRELUD¹¹⁷, la part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au cours du temps puisqu'ils sont 13 % en 2008 versus 16 % deux ans plus tôt pour le VIH dans ce cas et 16 % versus 19 % pour le VHC.

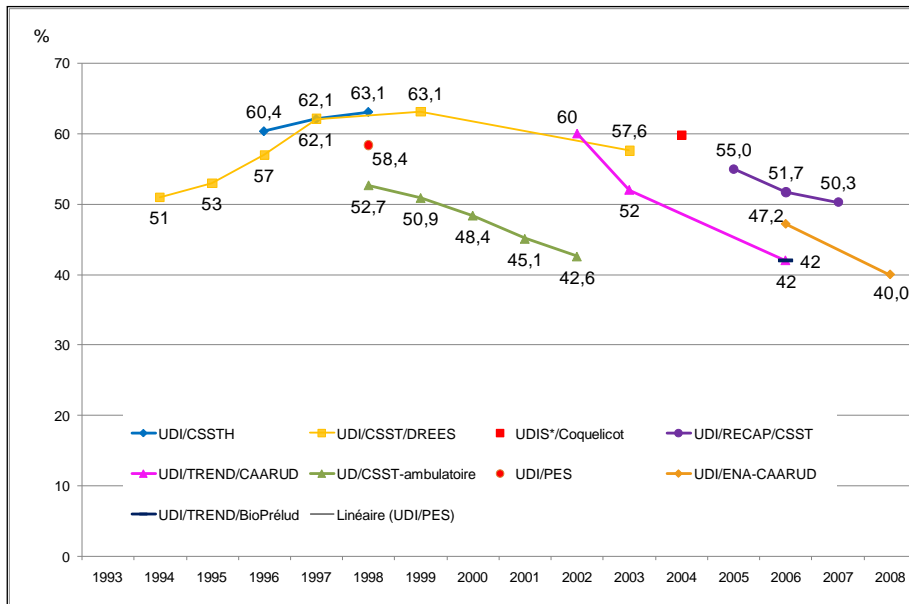
La grande majorité des personnes séropositives pour le VIH (90 %) a consulté au moins un médecin au cours des 12 derniers mois pour cette affection en 2008 et 78 % ont bénéficié d'un traitement dans ce cadre sur la même période (versus 68,5 % en 2006). Concernant les sujets séropositifs au VHC, 70 % ont consulté un médecin au cours de cette même période mais, contrairement au VIH, seuls 28 % ont bénéficié d'un traitement pour cette pathologie. Ce résultat apparaît toutefois comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 où 22,5 % avaient alors reçu un traitement.

Synthèse

En ce qui concerne le VHC, il semblerait que, depuis le début des années 2000 soit observé un fléchissement de la prévalence de cette infection chez les usagers de drogues injecteurs (Graphique 6.1) Ceci peut s'expliquer par différents facteurs : l'impact des différentes mesures de santé publique prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, le plus grand accès au dépistage mais aussi par les évolutions des pratiques de la plupart des usagers de drogues.

¹¹⁷ 10 % des usagers de drogues vus dans l'édition PRELUD 2006 avaient déclaré n'avoir jamais pratiqué de test de dépistage pour le VIH en 2006 versus 18 % en 2003 (enquête Première ligne) et 16 % n'avoir jamais pratiqué de test pour le VHC versus 21 % 3 ans plus tôt.

Graphique 6-1 : Évolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France



Sources :

UDI/CSSTH : Usagers de drogues injectables en hébergement

UD/CSST-ambulatoire : Usagers de drogues pris en charge en centres de soins spécialisés

UDI / RECAP/CSST : Usager de drogues pris en charges en centres de soins spécialisés

UDI/TREND/CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant de structures de bas seuil (CAARUD)

UDI/ENa-CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD

UDI/PES : Usagers de drogues injectables utilisant un PES (programme d'échange de seringues)

UDS /Coquelicot : Usagers de drogues injectable ou en sniff, données biologiques

UDI/TREND BIO PRELUD Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD, données biologiques

Un plan national de lutte contre les hépatites virales B et C¹¹⁸ a d'autre part été lancé en France par le ministère de la Santé en 2009 et prévoit des actions sur 4 années (2009-2012). Il comporte 5 grands objectifs : le renforcement des actions de prévention pour réduire le nombre de nouvelles contaminations possibles, le renforcement des actions de dépistage¹¹⁹ et de l'accès aux soins, la mise en place de mesures complémentaires et adaptées au niveau carcéral (en termes de dépistage notamment) et l'amélioration des connaissances épidémiologiques sur le champ.

Comorbidités psychiatriques

Les usagers de drogue se perçoivent pour près de la moitié d'entre eux en mauvaise santé psychique (selon 45 % de ceux vus au travers des CAARUD en 2006) et cette impression s'accroît avec l'âge (38 % des moins de 25 ans l'expriment versus 46 % des 25-34 ans et 49 % des plus de 35 ans). Les usagers évoquent des symptômes dépressifs ou anxieux, des pulsions suicidaires voire des épisodes délirants. Près d'un quart des hospitalisations au cours des 12 derniers mois mentionnés par les usagers des CAARUD sont liés à des problèmes

¹¹⁸ Il fait suite à deux autres plans : Plan 1999-2002 de lutte contre l'Hépatite C et le Plan 2002-2005 de lutte contre les hépatites B et C

¹¹⁹ Passer de 57 % à 80 % de personnes ayant connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C et de 45 % à 65 % pour l'hépatite B

psychiatriques en 2008 en particulier parmi les femmes (30,1 % ont été hospitalisées pour de tels motifs versus 21,5 % des hommes).

6.2.2. Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose ni d'éventuelles maladies sexuellement transmissibles.

6.2.3. Autres maladies infectieuses

Différentes manifestations en particulier infectieuses peuvent s'observer en cas d'injection de BHD ou d'autres substances. Le tableau suivant présente les différentes manifestations en particulier infectieuses possiblement observées parmi les usagers de CAARUD vus en 2006 (enquête PRELUD)

Tableau 6.5 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n=239)	Autre(s) produit(s) (n=232)	Ensemble (n=471)
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 %*
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 %*
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 %*
Gonflements des mains et avant bras	43 %	30 %	37 %*
Gonflements des pieds ou jambes	16 %	12 %	14 %
Poussières (poussées fébriles)	31 %	24 %	27 %

* différence significative avec un risque d'erreur <1%

6.2.4. Données comportementales

Des données sur l'injection peuvent être trouvées dans le chapitre 4 (données issues des CAARUD).

Si la plupart des usagers de drogues ont intégré la notion de non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient ainsi le produit en groupe et le « pomperaient » à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue et celle-ci ayant pu être déjà utilisée. Un peu moins d'un usager sur 10 (9,3 %) vu dans les CAARUD en 2008 dit ainsi avoir partagé sa seringue au cours du mois précédent, tout comme 17,9 % la cuillère, 14,3 % le filtre, 16,7 % l'eau de préparation et 10,1 % l'eau de rinçage. Ils étaient au total 24,9 % à avoir partagé au moins un matériel d'injection au cours du mois. Ces valeurs sont toutes supérieures aux taux de partage du matériel estimés en 2006 au cours de la première édition de l'enquête ENa-CAARUD, mais seuls les écarts concernant le partage de l'eau de préparation et celui d'au moins un élément du matériel sont statistiquement significatifs.

Selon le dispositif TREND, l'accroissement des contrôles d'usagers par les forces de l'ordre induirait l'adoption de comportements d'usage à risque. Les risques infectieux seraient en effet amplifiés par la nécessité pour certains usagers de consommer très vite le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur eux. Refoulés des espaces de vente par les dealers,

ces sujets injecteraient dans des espaces peu propices (parking, cages d'escalier). Ces injections précipitées, souvent infructueuses et recommencées plusieurs fois, seraient à l'origine d'un possible manque de matériel stérile ce qui induirait donc d'éventuels partages. Le port de matériel de consommation, marqueur d'usage, pouvant déboucher sur une fouille par les forces de l'ordre serait également évité par les usagers les plus vulnérables.

Ces pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. Les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent en effet, selon l'élément de matériel concerné, entre deux et trois fois plus que ceux d'au moins 35 ans ($p < 0.01$).

De plus, selon les données de l'enquête ENA-CAARUD, les femmes à âge identique et précarité égale, partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes ($p < 0,01$). Plusieurs études font état récemment de prise de risques plus importantes chez les femmes [33, 37] en particulier chez les plus jeunes.

Plusieurs sites TREND ont d'autre part décrit depuis 2002 des populations de jeunes désaffiliés dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou de jeunes migrants totalement démunis en provenance le plus souvent d'Europe de l'Est. Ces usagers adoptent le plus souvent des conduites d'usage radicales (polyusage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins. La nouvelle génération des usagers précaires (moins de 25 ans) est donc celle qui cumule les risques sanitaires du fait d'un plus grand partage de matériel d'injection et d'un plus grand recours à la prostitution [43].

TREND relève aussi une fréquentation plus marquée des événements festifs techno par les usagers injecteurs. Fortement rejetée par la culture techno, la pratique de l'injection tend pourtant à devenir progressivement plus visible en marge des rassemblements musicaux alternatifs les moins encadrés. Elle y demeure cependant un phénomène marginal, concernant une population plutôt précarisée dont les consommations de substances psychoactives ne sont pas cantonnées au champ de la fête. Cette pratique pose de nouveaux enjeux à la réduction de risques : conditions sanitaires totalement inadéquates, usagers très ignorants des procédures de RDR et difficultés pour les acteurs de la Réduction des risques en milieu festif à être présents sur l'ensemble d'une scène techno de plus en plus éclatée en de petites manifestations non annoncées publiquement [44]

Enfin, une étude a été menée en 2007 pour l'OFDT au sein des milieux festifs gays de Paris et de Toulouse. L'étude visait entre autres objectif à comprendre le lien, constaté sur un plan statistique, entre usages de substances psychoactives et comportements sexuels à risque parmi les personnes qui fréquentent ce milieu festif homosexuel masculin [45]. Les résultats de cette étude sont abordés dans le cadre des données sur les populations spécifiques (chapitre 2-4)

6.3. Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

En 2008, plus du tiers des usagers des CAARUD se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé physique (35 % en 2006) et cette proportion reste stable entre 2001 et 2008. Si la morbidité infectieuse est la plus fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès) existent également des problèmes traumatologiques (fractures, violences, accidents) ou de peau et de dents (mycoses, plaies, ulcères...) ou encore des pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhée...) ou cardiaque [46]. En 2008, 38 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, cette part atteignant 44 % des femmes et 37 % des hommes.

6.3.1. Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues

Le questionnaire de l'enquête Cohorte santé et mortalité (voir le point 6.4.2) lancée début 2010 comporte des questions sur le nombre de surdoses non-fatales expérimentées par les personnes reçus dans les centres de traitement et, dans une moindre mesure, par les structures de réduction des risques. Des contacts ont été établis avec le service d'accueil d'urgences de l'hôpital Lariboisière, à Paris, qui dispose d'une réserve de données non exploitées. L'OFDT souhaiterait dans un premier temps signer une convention afin d'exploiter cette base, et chercherait dans un second temps à inclure d'autres services d'urgences parisiens afin de systématiser le traitement de ces cas : décompte et description des contextes d'usage mais aussi permettre une analyse plus rigoureuse des substances incriminées, en lien avec le dispositif SINTES.

6.3.2. Autres

6.4. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues

6.4.1. Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)

Les surdoses mortelles liées aux usages de drogues sont présentées dans le tableau suivant. Trois sources sont concernées : les données de la police ; les données du registre de mortalité (CépiDc) portant sur le traitement des certificats de décès respectent la sélection B¹²⁰ de l'OEDT, même si les codes T prônés sont très rarement appliqués en France. À noter le décalage croissant entre l'ensemble des décès recensés et ceux concernant les 15-64 ans, dû en grande partie aux décès de personnes âgées suivant un traitement palliatif (décès codés le plus souvent sous la rubrique X42); et les données DRAMES (Décès en relation avec les médicaments et substances) de l'AFSSAPS.

¹²⁰ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview>

Tableau 6.6 : Décès par surdoses en France selon trois sources

Année	OCRTIS (police)	Registre de mortalité			DRAMES (laboratoires)
		(définition OEDT, sélection B)			
		Ensemble	15-64 ans	15-49 ans	
2000	120	248	225	219	101
2001	107	274	243	232	Nd
2002	97	244	225	208	74
2003	89	233	212	204	64
2004	69	268	239	226	86
2005	57	303	264	241	68
2006	nd	305	275	260	168
2007	93	333	287	260	192
2008	nd	374	322	298	217
2009	nd	nd	nd	nd	260

Nd : non disponible. Sources : OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports

L'OCRTIS ne publie plus de données concernant les surdoses mortelles. Les données 2009 du CépiDc n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport. Seules les données DRAMES 2009 sont mises à jour. Elles se sont basées sur la participation volontaire de 19 laboratoires et 25 experts (nombre stable depuis 2006) couvrant l'ensemble du territoire métropolitain à l'exception de Strasbourg et de Nice. Les analyses sont menées sur requête du parquet. La définition de surdose appliquée est très proche de la sélection B retenue par l'OEDT (substances illicites et traitement de substitution des opiacés). Les dernières données confirment la tendance à la hausse des surdoses mortelles en France détectée depuis 2003. Plusieurs facteurs expliquent cette tendance : disponibilité accrue de substances (héroïne en particulier) ; baisse des prix (cocaïne) ; nouveaux usagers inconnus des centres de soins et peu sensibilisés à la réduction des risques ; pratiques et usages plus risqués par peur d'une interpellation [33]. À noter enfin que la part des femmes s'est réduite : elles représentaient 19 % des décédés en 2000 et un peu moins de 15 % en 2009.

En 2009, les substances illicites sont en cause, en tant que produit principal, dans un peu plus de la moitié des cas (53 %), les traitements de substitution dans près de 34 % des cas et les médicaments opiacés (hors substitution) dans près de 13 % des cas. Globalement, les opiacés sont principalement en cause dans 87 % des cas et la cocaïne, seule ou associée à d'autres produits, dans environ 12 %. Entre 2006 et 2009, l'accroissement du nombre de surdoses s'explique par l'augmentation du nombre de décès par surdose d'héroïne (+ 44 cas), et de méthadone (+ 27 cas).

Tableau 6.7 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2006-2008, données DRAMES

	2006		2007		2008		2009	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Héroïne seule ou en association	59	35,1	69	35,9	79	36,4	103	39,6
Cocaïne seule ou en association	31	18,5	39	20,3	30	13,8	32	12,3
Autres substances illicites, seules ou en association	5	3,0	2	1,0	4	1,8	2	0,8
Méthadone seule ou en association	31	18,5	61	31,8	63	29,0	58	22,3
Buprénorphine seule ou en association	20	11,9	11	5,7	21	9,7	31	11,9
Autres médicaments opiacés, seuls ou en association	18	10,7	10	5,2	19	8,8	34	13,1
Autres	4	2,4	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Total	168	100,0	192	100,0	217	100,0	260	100,0
Nombre de services participants	16		18		19		19	

Source : AFSSAPS. Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

6.4.2. Mortalité et cause des décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)

Faisant suite aux recommandations de l'OEDT, une enquête de cohorte prospective a été lancée. Une première vague a permis d'inclure 950 personnes entre décembre 2009 et mai 2010. Ce nombre relativement faible s'explique par la levée de l'anonymat requise pour assurer le suivi du statut vital des personnes. Une part non négligeable de structures, en particulier de réduction des risques, ont ainsi refusé de participer à l'enquête. Une deuxième vague d'inclusion s'étendra du 1^{er} juillet au 30 novembre 2011. Une troisième vague est prévue en 2012.

On ne dispose d'aucun résultat statistiquement exploitable à l'heure actuelle. L'exploitation des données se heurte à deux limitations : la première concerne la dualité des institutions engagées, avec d'un côté l'INSEE renseignant le statut vital des personnes et de l'autre le CépiDc (INSERM) fournissant les causes de décès éventuel – avec le risque de causes non renseignées. La seconde porte sur les délais de publication de ces causes, un décalage de deux ans entre constat du décès et résultats validés étant courant.

6.4.3. Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues

Il n'existe à ce jour aucune source d'information en France permettant de renseigner cette demande spécifique. Il est à noter que les principales institutions concernées cherchent avant tout à établir un consensus quant aux causes directes et une mesure uniforme des prévalences des surdoses mortelles. La question des causes indirectes n'apparaît pas actuellement comme un thème de première importance.

7. Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

7.1. Introduction

Le dispositif de réponse aux problèmes de santé des usagers de drogues au cours des deux dernières décennies s'est largement concentré et structuré autour des maladies infectieuses transmissibles par injection (VIH et hépatites) [46]. C'est pourquoi, les actions les plus anciennes et les mieux structurées concernent avant tout la lutte contre ces pathologies (point 2). Les mesures visent les différentes étapes du processus morbide : la prévention primaire avec la réduction des risques, la prévention secondaire avec l'incitation au dépistage et à la prise en charge précoce et, enfin, le traitement avec l'amélioration de l'accès à celui-ci et de son suivi par les usagers. Les autres pathologies liées à l'usage de drogues, comorbidités psychiatriques ou survenue d'incidents aigus par exemple, n'ont pas bénéficié jusqu'ici de réponses spécifiques des pouvoirs publics.

À l'exception des traitements de substitution^{121 122} et jusque récemment, l'évolution de l'offre de soins et de RDR n'a pas été suivie très précisément en France en raison de difficultés d'accès aux données. Il existe cependant des indicateurs permettant de surveiller la couverture géographique des services spécialisés pour les usagers de drogues. Deux enquêtes menées par l'INPES dans un échantillon de pharmaciens et de médecins permettent de mesurer la densité des professionnels (pharmaciens et médecins) contribuant à la RDR ou aux soins (Baromètre santé pharmaciens, Baromètre santé médecins).

Prévention de la survenue des situations d'urgences médicales et des décès liés à l'usage de drogues.

Jusqu'aux années 2008-2009, il n'existe pas en France de politique nationale ou d'interventions spécifiques visant la réduction des pathologies aiguës sérieuses et des décès liés à l'usage de drogues. L'accès aux traitements de substitution ainsi que le dispositif de réduction des risques (accès au matériel stérile d'injection dans les pharmacies, programmes d'échange des seringues, lieux d'accueil, de prévention et d'accès aux soins et aux droits sociaux, dans les structures dite « de bas seuil »...) apparaissent alors comme des moyens indirects de prévenir la mortalité liée à l'usage d'opiacés. La diffusion en lieu et place de l'héroïne (y compris en mésusage) de l'usage de la buprénorphine haut dosage qui provoque relativement peu de surdoses, est en effet considérée comme une des causes de la diminution de leur nombre entre 1994 et 2003 en France.

À partir de 2008-2009, deux actions spécifiques se construisent :

1) Le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs, dont la construction a été initiée dès 2006, devient opérationnel et connaît une montée en charge de son activité.

¹²¹ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR : SJSP0830130C.

¹²² Cadre légal des traitements de substitution : voir chapitre 1

Il inclut au plan national, la DGS (bureau des addictions et cellule de gestion des alertes), l'InVS, l'AFSSAPS, l'OFDT, la MILDT, les réseaux locaux de chacune de ses institutions (hôpitaux, médecins, centres de soins spécialisés, cellule de veille régionale, structures de bas seuil, pharmaciens...) et leurs réseaux internationaux (Early Warning System, Centre européen de contrôle des maladies infectieuses).

Son objectif est de repérer, d'analyser et de répondre rapidement à :

- des signaux liés à des cas humains (décès, symptômes, syndromes ou pathologies inhabituels, éventuellement regroupés dans le temps et l'espace, ayant un lien évident ou suspecté avec l'administration ponctuelle ou répétée d'un produit ou d'une association de produits psychoactifs) ;
- des signaux liés à des produits : produit psychoactifs ou association de produits psychoactifs, en circulation, saisis ou déjà consommés, présentant un caractère atypique ou dangereux susceptible d'entraîner un risque vital ou des conséquences sanitaires graves (présence d'adjuvants particuliers, degré de pureté, nouveauté du produit ou de l'usage...).

Après analyse du signal, la réponse peut aller de la simple veille à l'alerte sanitaire sur la toxicité des produits circulant ou au rappel du danger lié à certaines pratiques à risque [47]

2) Des outils spécifiques de prévention des décès liés à l'usage de drogues sont en cours d'élaboration.

La recrudescence des décès liés à l'usage de drogues, notamment liés à l'héroïne (voir chapitre 6) a été l'occasion d'une prise de conscience des autorités sanitaires d'un élargissement progressif de l'usage d'héroïne vers des populations plus jeunes, plus insérées socialement et surtout très peu informées tant des risques liés aux prises d'opiacés que des mesures de réductions de ces risques. Ainsi, l'INPES travaille actuellement avec des professionnels du champ à l'élaboration de plaquettes ou de *flyers* d'information visant spécifiquement la prévention des surdoses. Un collectif d'associations de RDR et d'autosupport a également produit un outil d'information à destination des usagers de drogues (UD).

Les outils de suivi de ces actions, outre les indicateurs de résultats non spécifiques exposés dans le chapitre 6 (nombre de surdoses, part des usagers des CAARUD déclarant avoir connu une surdose non mortelle au courant de l'année précédente, etc.) n'ont pas été définis. Actuellement, l'activité de la cellule d'alerte peut être restituée, mais imparfaitement, par le nombre de dossiers annuels traités ou par le nombre d'alertes lancées vers le public ou les professionnels.

Prévention et traitements des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues a d'abord visé le seul VIH, jusqu'à l'élaboration, pour les années 1999-2002, du premier plan national de lutte contre l'hépatite C. Les mesures de prévention y concernent essentiellement les UD, qui constituent la grande majorité des nouveaux cas en France. Ce plan contient déjà des mesures visant la prévention, le dépistage, l'accès au traitement et l'amélioration des prises en charge. Avec la chute de la prévalence de l'infection à VIH chez les UD, la lutte contre les hépatites virales parmi eux devient une préoccupation centrale. Le plan 2002-2005, intitulé « Programme national hépatite B et C », intègre en plus l'hépatite B. En décembre 2008, dans l'attente d'un nouveau

plan, des mesures sont prises, notamment pour sensibiliser les professionnels de santé à la vaccination des sujets à risques, dont les UD¹²³. Le nouveau plan (2009-2012) s'inscrit dans les mêmes axes, mais identifie plus largement les groupes à risques, de manière à mieux les atteindre. La prévention vise ainsi également les populations les plus précaires, notamment les populations migrantes. Il prévoit en outre de travailler **sur la prévention de la première injection**. Et il intègre les contaminations possibles en raison d'usages de drogues par voie nasale ou fumée, alors que jusqu'alors le dispositif préventif français s'en était peu préoccupé.

Les mesures de prévention consistent en France en :

1) La politique de réduction des risques¹²⁴

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues constitue la partie essentielle de la politique de réduction des risques en France. Elle s'appuie sur :

- La distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique¹²⁵. Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administrations autres que l'injection, avec l'apparition des kits-snif, et du kit-base destiné à fumer le crack. Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à l'usage) contribue à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH.
- La diffusion de l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et la promotion de l'éducation à la santé.
- la diffusion des traitements de substitution à partir de 1995 (voir chapitre sur les traitements) qui visent en premier lieu à diminuer l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues, permettent d'établir une relation thérapeutique.

Le dispositif de RDR repose essentiellement sur les pharmacies de ville (vente de matériel et participation aux programmes d'échange de seringues), le dispositif médico-social spécialisé constitué par les CAARUD et le dispositif associatif non médicosocial. Il est impliqué essentiellement en milieu festif, dans la gestion des automates d'échange de seringues et, enfin, dans des dispositifs municipaux surtout impliqués dans la gestion des automates de distribution de seringues (un tiers des dispositifs en France). Les points d'accès aux traitements participent également à la réduction des risques, soit directement (information, matériel...), soit

¹²³ En France, la vaccination contre l'hépatite B n'a jamais été obligatoire, mais a donné lieu à des campagnes de promotion de celle-ci chez le nourrisson et l'adolescent jusqu'en 1998. Après l'arrêt de ces campagnes, le niveau général de vaccination a eu tendance à chuter. En 2004, il s'élevait à 29 % chez le nourrisson de 24 mois et à 42,4 % chez l'adolescent de 15 ans (BEH 2009 20/21 encadré 1).

¹²⁴ Cadre légal de réduction des risques : voir chapitre 1

¹²⁵ Décret de 1987 sur la vente libre de seringues en officine, circulaire du 15/09/1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox ; décret de mars 1995 donnant les bases juridiques appropriées aux PES et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations ; lettre DGS d'octobre 1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'accès au matériel. Voir Art. D. 3121-27 du code de santé publique

indirectement (information, traitements de substitution). En particulier, les médecins généralistes et les pharmaciens contribuent également à la politique de réduction des risques en prescrivant et en délivrant la BHD. Afin de permettre l'accès aux traitements de substitution aux usagers de drogues actifs les plus vulnérables (femmes enceintes, personnes détenues), les professionnels de santé¹²⁶ sont habilités à initialiser un traitement de substitution à base de méthadone en établissement hospitalier ou en milieu carcéral. Cette possibilité était jusque là réservée aux médecins des CSAPA.

2) L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et la facilité d'accès à ce dépistage.

Le plan prévoit de mener des actions plus systématiquement dans toutes les structures fréquentées par les usagers de drogues, mais aussi d'informer sur l'utilité du dépistage et sur l'efficacité des traitements dans les lieux fréquentés par les populations précaires et les populations d'origine étrangère. Il prévoit également une campagne d'information dirigée vers la population générale et vers les professionnels de santé.

On note que contrairement au dépistage de l'infection à VIH et de l'infection à VHC, pris en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique à VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

Un objectif est de réduire la part des cas pour lesquels la pathologie est déjà très avancée au moment du dépistage positif.

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit). En 2006, il existe en France 307 CDAG, auxquels s'ajoutent 73 antennes de CDAG en prison. Les usagers peuvent s'y rendre, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe également des initiatives locales du dispositif de RDR ou de soins pour organiser les prélèvements directement dans leurs structures. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins traditionnel.

3) L'incitation à la vaccination contre le VHB.

Outre la poursuite de l'incitation à la vaccination des personnes à risque (notamment dans les centres de soins et les structures de RDR), le nouveau plan prévoit de relancer la vaccination de la population générale, chez les nourrissons et les adolescents.

Non disponibles pendant plusieurs années, les données permettant le suivi des quantités de matériels d'injection délivrés aux UD sont de nouveau collectées par l'OFDT. L'observatoire réalise cette collecte à partir des ventes de seringues de la société *Beckton-Dickinson* aux pharmacies, du système d'information basé sur les rapports standardisés annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, voir annexe VI-V) piloté par l'OFDT et le ministère de la Santé et, enfin, des évaluations produites à diverses associations distribuant des seringues.

Le système d'information constitué par ces rapports d'activité des CAARUD permet également le suivi de l'activité déployée visant la prévention des pathologies infectieuses : par le nombre de

¹²⁶ Circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

préservatifs distribués, par le nombre d'actes annuel moyen par usager des CAARUD concernant l'accès au dépistage des pathologies virales et à la vaccination contre l'hépatite B.

Le suivi de la politique d'accès au dépistage est fondé principalement sur l'enquête ENA-CAARUD réalisée tous les deux ans par l'OFDT parmi les usagers de ces structures. La part des usagers ayant déjà réalisé des dépistages pour le VIH ou le VHC est maintenant très importante (au-delà de 85 %). Le point important se situe dans la répétition de ces dépistages. L'OFDT en assure le suivi en mesurant également la part des usagers dont le dernier résultat négatif date de moins de 6 mois.

Si des mesures ont été réalisées, certains indicateurs ne sont pas disponibles avec une régularité suffisante, par exemple la part des UD séropositifs pour le VHC (ou le VIH) ignorant cette séropositivité. L'enquête Coquelicot menée par l'InVS en 2004 avait révélé qu'une part importante des UD positifs aux VHC ignorait cette séropositivité (27 %) [37]. De même, la mesure de la connaissance par les UD de leur statut sérologique à l'hépatite B (vacciné, contaminé, guéri ou non...) a été réalisée en 2006 dans l'étude PRELUD (OFDT) sans être réitérée ensuite [48].

Enfin, la facilitation de l'accès au traitement des personnes infectées constitue le point principal du versant « traitement », mais également une mesure de réduction des risques pour les usagers non encore infectés.

Des mesures ministérielles émises en décembre 2005 ont créé « le parcours coordonné de soins pour l'hépatite C » organisé autour de pôles de référence hospitaliers. Il s'agit d'améliorer le lien entre le médecin de ville et la médecine spécialisée, mais aussi la qualité de la prise en charge et de la vie des malades. Un guide « médecin » pour l'hépatite C a été produit par la Haute autorité de santé (HAS) en 2006 et doit être actualisé tous les trois ans. Un guide hépatite B doit suivre.

Une attention particulière sera portée à l'usage d'alcool chez les cas dépistés positifs.

La prévention des maladies infectieuses est également prévue pour les usagers de drogues en prison. Le nouveau plan hépatite considère la prévention en prison comme un de ses cinq axes stratégiques. L'accès au dépistage du VIH et des hépatites est également un axe fort du plan 2010-2014 « santé/prison » (voir chapitre concernant les usagers incarcérés et chapitre « cadre légal »).

Réponses aux autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

Les autres conséquences sanitaires de l'usage de drogues ne donnent pas lieu à des réponses spécifiques en France. Les centres spécialisés pour les usagers de drogues et les structures de RDR ont pour mission de faciliter l'accès aux soins, dont certains peuvent parfois être trouvés sur places (soins cutanés...). Il est possible de mesurer l'activité développée par les CAARUD dans ce sens. Par ailleurs, les UD utilisent le système de soins général (urgences, hôpitaux, médecins libéraux).

Pour les populations économiquement défavorisées, un accès aux soins est possible grâce à la Couverture maladie universelle (CMU). Les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME) s'ils en font la demande. Mais certains usagers très précaires ne disposent plus de document attestant de leurs droits. Certains mineurs, encore couverts par leurs parents avec lesquels ils n'ont plus de liens, sont également dépourvus d'assurance. Ainsi,

une faible part des usagers des CAARUD (autour de 5 %) ne bénéficie d'aucune couverture sociale (ENa-CAARUD).

Quant aux comorbidités psychiatriques des UD, leur prise en charge constitue en France un problème non résolu. En effet, même si le champ de l'addictologie n'est pas dépourvu de psychiatres et si certains hôpitaux psychiatriques ont développé depuis quelques années une activité de prise en charge des toxicomanes, ces initiatives restent rares et quantitativement marginales au regard des besoins. Les médecins assurant le suivi des toxicomanes éprouvent de grandes difficultés à trouver des lieux de soins adaptés pour les personnes nécessitant des prises en charge résidentielles et souvent particulièrement complexes.

Il n'existe pas d'indicateur national de suivi de la prise en charge des comorbidités psychiatriques.

7.2. Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues

En 2010, le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a amélioré son organisation en favorisant et en suscitant une coordination des acteurs susceptibles de recevoir, de traiter et de répondre à des signaux au plan régional : ARS (Agences régionales de santé), CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) du réseau de l'AFSSAPS s'il existe dans la région, et sites du réseau TREND/SINTES de l'OFDT le cas échéant. Ce dispositif s'assure également que ces acteurs sont en capacité d'informer les cibles potentiellement concernées (structures de réduction des risques, centres spécialisés de soins pour les UD, réseau de médecins spécialisés dans la toxicomanie, association d'usagers, urgences hospitalières, etc.)

Cela explique en partie que le dispositif d'alerte n'ait procédé en 2010 qu'à une seule alerte publique nationale par voie de communiqué de presse¹²⁷.

- 19 janvier 2010, communiqué : « Cas groupés de maladie du charbon chez des consommateurs d'héroïne en Écosse et en Allemagne ».

Par ailleurs des notes d'informations SINTES ont été produites par l'OFDT :

- Analyse d'héroïne et de cocaïne fortement dosées à Strasbourg, note d'information SINTES du 31 mars 2010¹²⁸
- Identification de cocaïne à la lidocaïne, note d'information SINTES du 31 mars 2010¹²⁹

Un nombre plus important de dossiers ont été coordonnés par le dispositif d'alerte au cours de l'année, mais aucun risque n'a été identifié au plan national. Les différents acteurs ont pu conduire une part des investigations à l'échelle régionale, qui ont donné lieu le cas échéant à des communications ciblant uniquement les professionnels du champ des drogues et associations d'usagers au plan local. D'autres signaux ont été suivis sans donner lieu à

¹²⁷ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cpmcharbon100119.pdf>

¹²⁸ http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_100331_herococa.pdf

¹²⁹ http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_100331_lidocaine.pdf

communication, par exemple la circulation d'héroïne fortement dosée ou associée à l'alprazolam comme en 2009 ou une suspicion de groupement de cas de psychoses cannabiques présumées.

L'expérience de fonctionnement de système montre clairement l'intérêt des dispositifs de veille active tels que TREND et SINTES, qui permettent, grâce à une connaissance relativement précise des usagers, des pratiques, des contextes et des marchés, de comprendre très rapidement la portée d'un signal.

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

Parmi les données fournies dans cette section, certaines sont issues d'enquêtes relativement anciennes (2003). Ce sont néanmoins les seules disponibles en 2011. Les nouveaux résultats de ces mêmes enquêtes seront rendus publics fin 2011.

Accessibilité de la RDR (Réduction des risques)

Afin de garantir un accès large à la RDR pour les usagers de drogues, les autorités sanitaires ont impulsé depuis ses débuts une offre de proximité qui repose essentiellement sur les officines de pharmacies, la médecine de ville et les automates. Le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) complète et développe cette offre de proximité. Les indicateurs suivants sont utiles pour apprécier la couverture effective des dispositifs en place.

Degré d'implication des professionnels du dispositif officinal et lieu d'implantation

En 2003, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, une très large majorité de pharmaciens recevait au moins un usager de drogues dans son officine, pour des demandes de matériel (seringues ou trousse de prévention) ou des demandes de traitement de substitution aux opiacés. Les pharmaciens implantés en milieu urbain, où les problèmes de toxicomanie sont les plus présents, sont beaucoup plus sollicités par les usagers de drogues qu'en zone rurale [49].

Cette implication des pharmacies dans des activités de RDR a fortement progressé à la fin des années 1990. Néanmoins, elle reste limitée aux fonctions de base de distribution de seringues et/ou médicaments de substitution. En effet, une majorité de pharmaciens en 2003 n'était pas prête à s'engager dans un programme d'échange de seringues.

Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des pharmacies de ville dans la RDR entre 1999 et 2003

	1998/1999	2003
Part des pharmaciens recevant au moins 1 UD par mois dans leur officine (base sur laquelle sont calculés les autres %)	54%	85%
Parmi eux :		
Part des pharmaciens répondant à la fois à des demandes des seringues ou des trousses de prévention et à des demandes de TSO	30%	70%
Part des pharmaciens délivrant uniquement des seringues ou des trousses de prévention	5%	16%
Part des pharmaciens répondant uniquement à une demande de TSO	16%	12%
Part des pharmaciens participants à un PES	nr	6%
Part des pharmaciens prêts à participer à un PES	nr	30%
Part des pharmaciens qui refuserait de participer à un PES	nr	57%

Source : INPES, Baromètre santé pharmaciens

En 2003, 6,1 personnes ont été vues par mois en moyenne en officine pour une demande de seringues ou de Stéribox®, et 5,9 [5,3-6,5] personnes pour une demande de médicament de substitution aux opiacés (MSO). La prochaine édition de l'enquête de l'INPES auprès des pharmaciens est prévue pour 2012-2013. Une autre enquête nationale auprès des officines en ville a été réalisée récemment, en 2010. D'après les premiers résultats diffusés par l'AFSSAPS, 48 % des pharmacies de villes enquêtées disent délivrer des informations en matière de prévention de maladies infectieuses et 41,5 % d'entre elles disent disposer des dispositifs de récupération des seringues (rapport à paraître).

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

Une nouvelle édition du Baromètre santé médecins généralistes¹³⁰ a eu lieu en 2009, soit 6 ans après la précédente [50].

- Deux tiers des médecins généralistes ont reçu au moins un usager de drogue dépendant aux opiacés au cours de l'année. La proportion de ceux qui reçoivent au moins un usager par mois a nettement progressé entre 2003 et 2009, année pendant laquelle près de la moitié d'entre eux sont concernés (vs un tiers en 2003) [50].
- Si la part de ces médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué, la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers d'entre eux prescrivent maintenant de la méthadone (théoriquement en relai après une primoprescription en centre spécialisé, à l'hôpital ou en prison) alors que la part de ceux qui prescrivent de la BHD diminue [50] Ces derniers se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques. Leur profil type est le suivant : c'est un homme, exerçant en cabinet de groupe, réalisant plus de 20 actes par jour et dont la part de la clientèle bénéficiaire de la CMU¹³¹ atteint au moins 10 %. Ces médecins ont plus fréquemment que les autres médecins généralistes le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de toxicomanie, hépatite ou VIH, sont nettement plus enclins

¹³⁰ Enquête menée par téléphone auprès de médecins généralistes. En 2009, n=2083.

¹³¹ Couverture médicale universelle : sécurité sociale accessible aux français non cotisants ou aux personnes en situation régulière sur le territoire français.

que les autres à prendre en charge ces patients (74,8 % vs 47,2 %, $p < 0,001^{132}$). En revanche, contrairement à la situation de 2003, l'âge du médecin semble sans lien avec sa propension à prendre en charge les usagers de drogues. De surcroît, les médecins sont désormais plus nombreux à prendre en charge des personnes dépendantes aux opiacés dans les communes de moins de 20 000 habitants que dans les communes plus peuplées.

- Si la part de ces médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué, la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers d'entre eux prescrivent maintenant de la méthadone (théoriquement en relai après une primoprescription en centre spécialisé, à l'hôpital ou en prison) alors que la part de ceux qui prescrivent de la BHD diminue.[50].

Tableau 7.2 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2003

	1998/1999	2003	2009
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un UD (opiacés) par mois	35%	34%	49 %*
Parmi eux :			
Part des Médecins généralistes prescrivant un TSO	78,9%	90,3%*	87,2 %
BHD (Buprénorphine haut dosage)	71,9%	84,5%*	76,9 %*
Méthadone	12,6%	26%*	37,7 %*
Autre	13,5%	7,4%*	14,9 %

Source : INPES, Baromètre santé médecins
(* : dif. significative $p < 0.001$ par rapport à l'édition précédente)

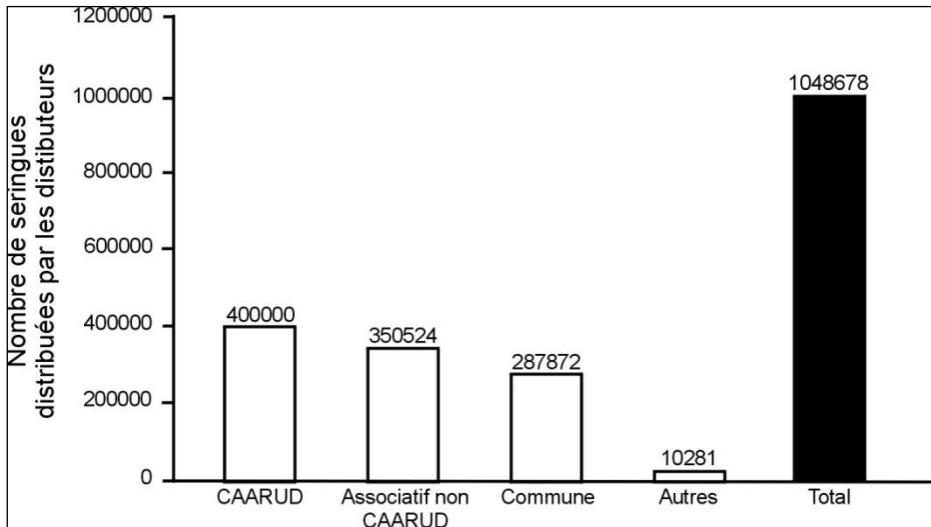
En 2009 les médecins voient en moyenne 1,8 [1,7-1,9] usagers de drogues dépendants aux opiacés par mois, moyenne non significativement différente de celle de 2003 (1,6). Par contre, les médecins qui reçoivent au moins un patient dépendant aux opiacés par mois en voient 3,6 [3,4-3,8] par mois, valeurs significativement plus basse qu'en 2003 (4,6) .

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils diffusent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France) que par la nature du service offert (anonymat et accès 24h/24), ce qui leur permet d'atteindre une population différente de celle des autres dispositifs (Graphique 7-1). En 2007, on dénombrait 255 points de distribution de trousse de prévention et 224 points de collecte de seringues, répartis dans 56 départements. Un peu plus de 40 % des départements français en sont donc dépourvus. Ces points ont distribué plus d'un million de seringues et récupéré plus de 600 000 seringues usagées. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des appareils sont vieillissants ou en mauvais état. [51]

¹³² L'inclusion dans le modèle logistique de la participation à un réseau de toxicomanie, VIH ou hépatite, ne modifie pas les résultats (OR=2,9, $p < 0,001$).

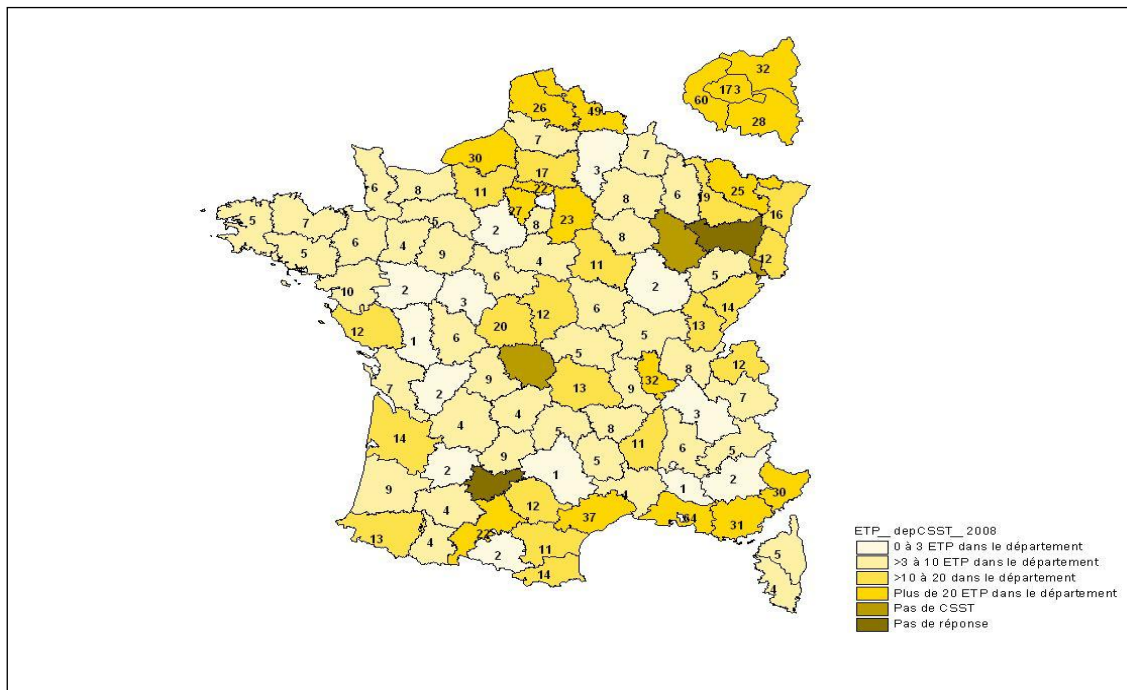
Graphique 7-1: Nombre de seringues distribuées via les automates par type d'opérateur en 2007 (d'après l'enquête SAFE, 2007 et ASA-CAARUD/OFDT, 2007)



Couverture du territoire par le dispositif médico-social (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) de RDR

En 2008, le dispositif médico-social de réduction des risques couvre la majeure partie du territoire français. Néanmoins, 27 départements sur 100 ne disposent pas de CAARUD, dont 2 qui ne disposent pas non plus de CSAPA.

Carte 7-1: Répartition des ressources en personnel des CSAPA ambulatoires dans les différentes régions françaises en 2008 (anciens CCAA non inclus)



D'après le Bilan d'évaluation des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Connaissance de la RDR

Le dispositif TREND constate que les groupes d'usagers qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD en milieu urbain apparaissent peu au fait des mesures de RDR. Il s'agit en particulier des jeunes désaffiliés en errance mais aussi des usagers dits « socialement insérés » qui s'initient à l'injection, des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes usagers de l'espace festif [26]

Activité de RDR des CAARUD

En 2010, 135 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes d'intervention divers. Parmi eux, 95 % proposent un accueil fixe, 66 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en squat, 40 % ont des équipes mobiles, 39 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 28 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (3,8 millions de seringues en 2008) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...).

Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence.

Plus précisément, l'activité des CAARUD en 2008 pour la distribution de matériel de prévention était la suivante :

- seringues : 2,3 M de seringues à l'unité et 530 000 trousses (2 seringues) données en main propre, 200 000 trousses (2 seringues) via des automates gérés par le centre ;
- petit matériel d'injection : 1,1 M de filtres et autant de cupules, 1,7 M de fioles d'eau, 2 M de tampons alcoolisés ;
- préservatifs : 782 000, dont les préservatifs masculins représentent 91 % ;
- gel : environ 292 000 unités.

L'aide à l'accès aux TSO et aux soins en général est une des missions importantes des CAARUD :

- 83 % des CAARUD déclarent mettre en place des actions d'accès aux TSO (orientation ou suivi) ;
- sur l'ensemble des actes d'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les soins corporels constituent les actes les plus fréquemment pratiqués (35 %), avant les soins infirmiers (26 %) ;
- 84,7 % des CAARUD développent des activités de promotion de l'éducation à la santé, dont 75 % des entretiens individuels et sessions d'information collectives axés sur les risques liés aux modes de contamination et aux substances.

En 2008, les CAARUD ont vu 48 000 personnes. La file active est en moyenne d'environ 200 personnes par structure, mais avec des réalités très disparates : 41 structures ont une file active

de moins de 200 personnes alors que seuls 11 CAARUD comptabilisent plus de 1 000 personnes¹³³ [52].

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, une de leurs missions, ne peut être précisé en l'absence de données due à la jeunesse du dispositif.

RDR en milieu festif

Près de 4 CAARUD sur 10 disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif. De plus, des associations mettant en œuvre des actions de RDR n'ont pas rejoint le dispositif médico-social, notamment des certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées. Elles n'ont pas été labellisées CAARUD pour diverses raisons : absence d'un lieu fixe d'accueil, non réalisation de l'ensemble des missions officielles du décret du 19 décembre 2005, absence de salariés, lourdeur administrative, crainte d'un éventuel manque d'autonomie ou de capacité d'innovation, exigences posées par certaines DDASS pour que les associations de petite taille ou celles qui ne mettent pas en œuvre l'ensemble des missions du référentiel soient regroupées, etc. C'est essentiellement le cas d'associations de RDR intervenant en milieu festif.

Il n'existe pas d'éléments de connaissance permettant de confronter l'offre au besoin des usagers en milieu festif. Sur un plan qualitatif, le dispositif TREND a observé depuis la publication en 2002 du décret dit « Mariani et Vaillant »¹³⁴, qui précise les modalités d'organisation des fêtes, un éclatement de la scène festive non commerciale en de multiples petites *free parties*, non déclarées, se tenant sans publicité dans des lieux annoncés au dernier moment à des cercles d'initiés. Ces fêtes sont de moins en moins accessibles aux associations de RDR qui ne peuvent se démultiplier.

Depuis 2007, le renforcement très important des contrôles autour ou à l'intérieur de fêtes déclarées aurait accentué cette tendance. Le travail des acteurs de la RDR, parfois contrôlés au même titre que les participants à la fête, n'en serait pas facilité.

Ainsi, les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé, ainsi que de la capacité des intervenants à être présents et à organiser leur intervention (tableau 7-3) [53]. Lorsqu'il s'agit des soirées se déroulant dans la sphère privée, leur existence peut échapper très facilement aux intervenants de la RDR. C'est donc lorsque l'initiative est prise par les organisateurs de l'événement que les associations peuvent se mobiliser pour mettre en place des actions spécifiques. Ce sont la promotion et la distribution du matériel d'information (dépliants sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention) et/ou des outils RDR. Pour les événements festifs publics, aux interventions d'information et de délivrance du matériel de prévention, s'ajoute la distribution de boissons et de nourriture, la mise à disposition d'espaces d'accueil et d'écoute, espaces d'apaisement et de réassurance ou encore d'actes de premiers secours. Lorsqu'elle est utilisée, l'analyse de produit sur site est un moyen pour les intervenants du milieu festif de rentrer en contact avec les usagers de drogues.

133 Pour une description de la file active, voir chapitre IV.

134 Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant)

Tableau 7.3 : Activités de prévention en milieu festif

Type d'événement	Principales interventions	Population
Free party : événement festif de moins de 500 personnes ou rave « payante » (sans autorisation préfectorale)	Flyers en téléchargement pour les participants et les organisateurs et possibilité de commande de matériel RDR Si connaissance d'une telle soirée : dépliants d'information et matériel (« flyage »)	Initiés de la musique Tekno, publics insérés
Free party « légale » : événement festif « multisons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « chill out »	Part importante de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un village « RDR » voir plusieurs : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, CCM	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'UDIV
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival ...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), « stand » ou « chill out » mobile	Beaucoup de très jeunes

Source : OFDT à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS)

Disponibilité du matériel d'injection, de fumette et de sniff

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Rapportée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager [54]. Ce chiffre, uniquement ordre de grandeur, pourrait indiquer une assez grande accessibilité aux seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Toutefois, en l'absence d'évaluation fiable des besoins d'une part et, compte tenu des disparités géographiques probables d'autre part (zones rurales notamment), cette donnée reste difficile à interpréter. Les pharmacies jouent en cette matière un rôle central.

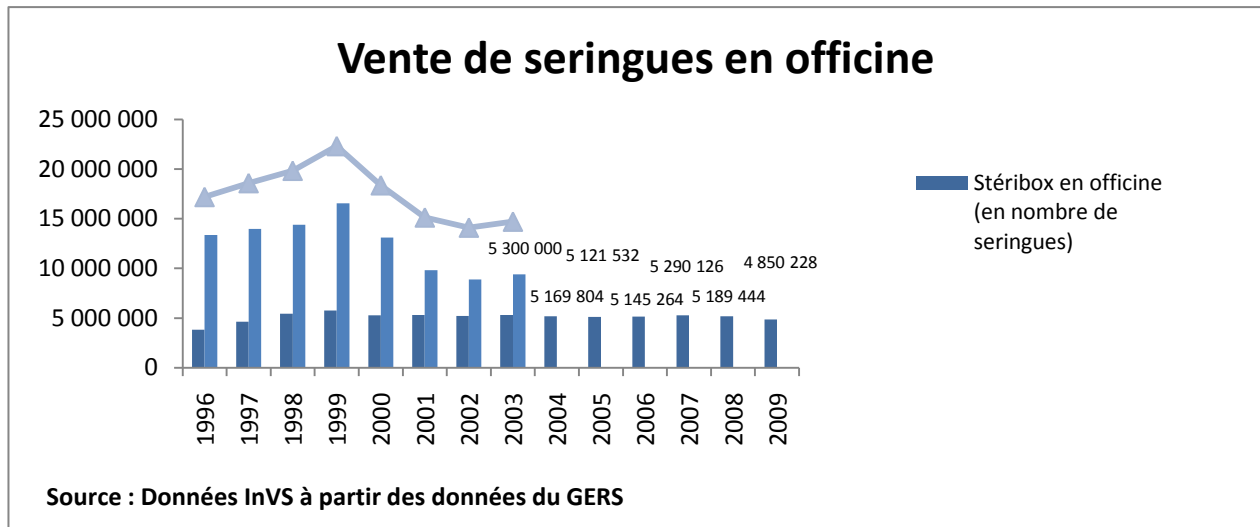
Tableau 7.4 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les CAARUD et les automates en 2008

2008	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : à l'unité	4,3
Pharmacie : en Stéribox®	5,2
CAARUD : à l'unité	2,3
CAARUD : en Stéribox®	1,0
Automates (données 2007)	1,0
Total	13,8

Source : d'après l'OFDT, données InVS, GERS, Becton Dickinson, Asa-Caarud, SAFE

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes des seringues aux usagers de drogues en pharmacie diminuent sensiblement depuis. Cette baisse importante n'est que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. En effet, ces derniers ne contribuent encore actuellement que pour moins d'un quart à l'ensemble des seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Graphique 7-2 : Évolution du nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie aux usagers de drogues



Source : OFDT d'après données InVS, GERS, Becton Dickinson

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la baisse du nombre de seringues diffusées auprès des usagers de drogues au cours des dix dernières années.

Une hypothèse positive serait la baisse du nombre d'injections, liée à une moindre entrée des nouveaux usagers de drogues dans l'usage de drogues par voie intraveineuse, du fait de l'utilisation préférentielle d'autres modes d'usage (sniff et voie fumée). Ces modes d'absorption des produits sont très largement prédominants chez les usagers de drogues entrés en contact avec les drogues par le milieu festif et ont été adoptés par une part des usagers précaires.

Une autre explication serait peut-être une sortie des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou, pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. Ainsi, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante dans les populations d'usagers de drogues, à l'exception de certains groupes spécifiques [26, 46].

Une hypothèse négative serait la reprise des comportements de partage et de la réutilisation des seringues qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

Par ailleurs, en 2008, 28 500 pipes à crack ont été distribuées par les CAARUD. Quarante-vingt pour cent de ces pipes l'ont été dans les structures de la région parisiennes et en Guyane.

Enfin, 197 000 outils pour sniffer (feuilles à rouler ou kit de sniff) ont également été distribués, essentiellement par les CAARUD intervenant en milieu festif [52].

Incitation au dépistage et à la vaccination

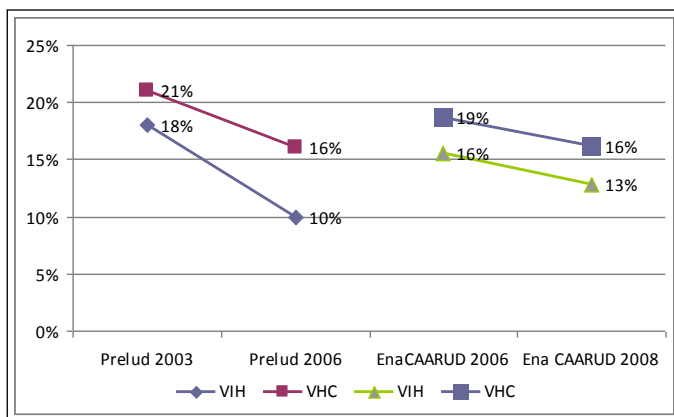
En 2008, sur une file active d'environ 55 600 usagers de drogues, les CAARUD ont organisé près de 32 000 dépistages d'hépatites B ou C et d'infection à VIH (VHC : 12 200, VIH : 11 000, VHB 8 800). Il y a 1 300 actes permettant l'accès à la vaccination contre l'hépatite B dans ce cadre.

Ces données ne constituent que des ordres de grandeur. Leur suivi régulier et l'étude de leur variation au fil des années permettra d'évaluer leur fiabilité et le crédit que l'on peut leur accorder.

Mesures de résultats intermédiaires : niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2008 une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC (voir ch. 6.2). Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'ont jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C. Ils sont 7,7 % pour le VIH [33].

Graphique 7-3 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003, PRELUD 2006 / TREND OFDT, ENa-CAARUD 2006 et 2006 /OFDT, DGS

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps (Graphique 7-3).

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois (tableau 7-5).

Tableau 7.5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2008

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2722	87,2 %	2599	83,8 %
N'a pas fait le test	400	12,8 %	504	16,2 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	961	41,0 %	711	43,1 %
6 mois à un an	646	27,5 %	463	28,1 %
Plus d'un an	739	31,5 %	474	28,8 %

* Résultats déclaratifs

Source : ENa-CAARUD 2008, OFDT, DGS

La part des usagers positifs connaissant leur statut sérologique serait l'indicateur rendant le mieux compte de la finalité du dépistage, mais il nécessite la mesure de sérologies biologiques que la France peine à mener régulièrement.

En 2004, l'étude Coquelicot menée dans 5 villes françaises estimait à 2 % la part des usagers positifs pour le VIH ne connaissant pas leur statut sérologique réel. L'étude BIO PRELUD menée en 2006 sur 5 sites également l'estimait à 5 % [28, 55]. Cette part s'élevait à 27 % pour le VHC dans Coquelicot (2004) et à 8,5 % dans BIO PRELUD (2006). L'écart peut s'expliquer d'abord par la disparité importante entre les sites. Deuxièmement, Coquelicot mesurait des sérologies sanguines et BIO PRELUD des sérologies salivaires. D'ailleurs, dans ce deuxième cas, seuls les patients dont la virémie est détectable sont positifs ; les patients guéris ne sont donc plus positifs. Troisièmement, enfin, deux ans séparent ces deux études (voir aussi ch. 6.2). En 2006 (PRELUD), la part des usagers des CAARUD déclarant ne pas connaître leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, non vacciné, non contaminé ou contaminé) atteignait 36 %. Enfin, une étude menée à partir du système d'information des « pôles de référence pour l'hépatite C » qui prennent en charge une part des patients porteurs du virus de l'hépatite C, permet de suivre *la part des dépistages tardifs* parmi les patients nouvellement pris en charge [56]. Le dépistage tardif est ici défini par le fait que l'année de dépistage est identique à l'année de début de traitement, c'est-à-dire que le patient est dépisté à un stade de la maladie nécessitant déjà un traitement. Pour l'ensemble des patients (quelque soit l'origine de la contamination) cette part a diminué entre 2001 et 2007 de 42,7 % à 33,4 % ($p < 0,01$). La part des UD par voie intraveineuse parmi ces patients dépistés tardivement n'ayant pas significativement bougé (39,6 % en 2001 vs 35,5 % en 2007 chez les hommes et 15,9 % vs 12,7 % chez les femmes), on peut déduire que les UD bénéficient de la baisse du dépistage tardif comme la moyenne du groupe. Il en va de même pour le dépistage tardif chez les UD par voie nasale uniquement.

Accès au traitement

Les données recueillies en 2008 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se sachant infectés par le VIH sont suivis médicalement, puisque 89,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 77,9 % ont un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat est supérieur à celui de 2006 (68,5 %), mais pas significativement différent [26].

La même enquête montre que deux tiers des personnes enquêtées (70,5 %) s'étant déclarés positifs au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a, ou a eu un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête en 2006, puisque seuls 22,5 % des usagers des CAARUD infectés par le VHC déclaraient alors avoir reçu un traitement ($p=0,02$).

Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012

Le contenu du plan est évoqué dans le chapitre 1. La réalisation d'une évaluation du plan national hépatites est prévue pour l'année 2012.

7.4. Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues

En l'absence de réponse spécifique aux autres problèmes de santé, l'accès aux soins constitue le seul élément que l'on puisse observer.

Parmi les usagers de drogues reçus dans les CAARUD en 2008, seuls 4,6 % n'ont pas de couverture médicale (Assurance maladie, Aide médicale d'État). Plus de la moitié (54,8 %) bénéficient de la Couverture médicale universelle (CMU ou de l'Aide médicale d'Etat) et 6,3 % bénéficient d'une prise en charge totale en rapport avec une « longue maladie » (ALD) [26].

La réalisation de soins et l'accès au soin représentent en 2008 la deuxième activité des CAARUD par les actes réalisés après les activités relatives au lien social.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

8.1. Introduction

Concepts et définitions

Dommages sociaux : la notion de dommages sociaux liés à l'utilisation des drogues et la décision de les associer aux substances elles-mêmes, aux antécédents de la trajectoire de vie des usagers ou aux politiques publiques menées ne fait pas consensus. Les différentes conceptions et positions suivantes se superposent : les drogues elles-mêmes sont un dommage social que seule leur élimination pourrait enrayer ; l'usage de drogues entraîne nombre de nuisances sociales, surtout lorsqu'il s'agit d'un usage abusif ; certains dommages sociaux seraient plutôt des facteurs prédisposant à l'abus de substances psychoactives que des conséquences de leur usage ; il existe une interaction complexe et bidirectionnelle, certains facteurs prédisposant à l'abus qui, en retour, vient renforcer des comportements déviants ; enfin pour un dernier groupe, les dommages sociaux, notamment sur les personnes, proviennent davantage des politiques pénales axées sur l'interdiction que des substances elles-mêmes.

Social(e) : le qualificatif « social » des dommages revêt lui aussi plusieurs dimensions : coûts et conséquences sur l'ensemble de la société (sur le système de santé, de justice ou de production économique) ; diminution de la qualité de vie sur une zone géographique par exemple ; et plus largement, les dommages sociaux peuvent concerner les personnes, dans la mesure où leur capacité à fonctionner serait affectée. C'est sur ce dernier volet que se concentre la majorité des études et recherches [57]

La notion de causalité : il existe de nombreux dommages sociaux dont il semble qu'ils soient liés aux consommations d'alcool ou des drogues illicites mais sans qu'une relation causale puisse être formellement établie. On parlera alors plutôt de facteurs de risques identifiés comme favorisant la survenue et l'intensité des dommages sociaux. Généralement, les dommages sociaux liés à l'usage de substances psychoactives tendent à augmenter si :

- l'âge d'initiation est significativement plus bas que la moyenne ;
- la variété des produits consommés de manière précoce est significativement plus élevée que la moyenne ;
- la consommation s'installe dans la durée de manière significative ;
- la consommation s'inscrit dans un faisceau de difficultés personnelles et sociales ;
- il y a entrée dans le système judiciaire et notamment condamnation à une peine de détention.

Réinsertion/réintégration sociale : En l'absence d'une définition claire et consensuelle sur ce concept nous nous limitons à une acceptation simple et très générale, c'est-à-dire *le retour du sujet dans une structure sociale ou professionnelle assurant son autonomie maximale*.

Champ couvert : si les principales données disponibles et interventions se concentrent sur l'amélioration des situations au regard de l'emploi, du logement et dans une certaine mesure de

la santé, des conséquences négatives des usages de drogues doivent également être appréhendés à travers les dommages sociaux associés que sont : la délinquance, les insécurités, l'exclusion sociale, la pauvreté, la prostitution, les difficultés et échecs scolaires, les relations et difficultés familiales ou personnelles, les accidents du travail et ceux intervenant sur le temps récréatif...

En France, les politiques sociales sont dites universelles, c'est-à-dire destinées à tous résidents légaux sans distinction, donc aux usagers de drogues également, même s'ils ne les ont pas explicitement nommés en tant que « groupe cible ». Néanmoins, les personnes présentant des problèmes d'addiction, bénéficient d'une prise en charge sanitaire et sociale dédiée, assurée par des structures spécialisées (CSAPA et CAARUD) et sont au cœur d'une « politique nationale drogues », animée par la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Un accès de plein droit aux politiques sociales nationales...

Les usagers problématiques de drogues bénéficient du dispositif de droit commun : médecine générale et spécialisée, hôpitaux, etc. d'un côté et dispositifs, mesures, allocations, etc. de l'autre pour l'amélioration des situations liées à la formation, au contexte financier, à l'emploi ou au logement.

L'État et plus récemment les collectivités territoriales mènent des politiques publiques fortes destinées à réduire ou supprimer les exclusions sociales et favoriser l'insertion des personnes : allocations de ressources publiques et mise en place de dispositifs chargés de développer les programmes d'insertion.

En France, dès le début des années 1980, apparaît un principe essentiel qui forme la trame de toutes les politiques d'insertion et structure profondément les dispositifs : l'accès ou le retour à l'emploi sont considérés comme les premiers moyens de la lutte contre la pauvreté et les véritables garants d'une insertion sociale. Le Revenu minimum d'insertion (RMI) institué en 1988 consacre le droit à toute personne de bénéficier d'un minimum de ressources ainsi que d'une protection en cas de maladie. Au 31 mars 2009, la France comptait 1,13 millions de foyers bénéficiaires du RMI. Depuis 2009, le RMI est remplacé par le RSA¹³⁵.

En complément de la question de l'emploi, les politiques d'insertion en France se concentrent sur le logement, la pauvreté économique et la santé. Ainsi, le dernier « Rapport français sur les stratégies nationales pour la protection sociale et l'inclusion sociales 2008-2010¹³⁶ » (rapport remis par chaque État membre à la Commission européenne depuis le Conseil de Lisbonne de 2000) reprend parmi ses priorités d'action les grands thèmes suivants : accès et retour à l'emploi – logement – pensions de retraites – santé. De plus quatre « populations cibles » sont particulièrement identifiées : les jeunes, les personnes issues de l'immigration, les personnes handicapées et les personnes âgées.

¹³⁵ Le Revenu de solidarité active garantit une augmentation des revenus et il complète les ressources de ceux qui tirent de leur travail des revenus limités. Le versement du RSA n'est pas limité dans le temps : la personne peut conserver le même montant de RSA tant que sa situation ne change pas. LOI n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion NOR: PRMX0818589L

¹³⁶ <http://www.cnle.gouv.fr/Un-nouveau-rapport-pour-la-periode.html>

En ce qui concerne les soins médicaux et notamment la prise en charge des personnes vivant dans des situations précaires, la France a mis en place en 2000 la CMU (Couverture maladie universelle) de base. Celle-ci permet l'accès à l'Assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Les bénéficiaires de la CMU sont exemptés du ticket modérateur et dispensés de faire l'avance des frais de soins. En complément a été mis en place la CMUC (complémentaire) qui ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite (mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance). C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins (à l'hôpital et ailleurs), sans dépense à charge et sans avance de frais. Enfin, l'Aide médicale de l'État (AME), mise en œuvre à la même période, vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

...et une prise en charge sociale dédiée

Ainsi, parmi leurs missions, les CSAPA interviennent sur les problématiques sociales. Ils assurent l'information, l'évaluation sociale et l'orientation des personnes ou de leur entourage ainsi que la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion et la réinsertion. Les CAARUD, quant à eux, assurent le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Si des programmes ou interventions particuliers sont développés par ces professionnels, l'accès au droit commun demeure un objectif central et l'outil principal pour l'amélioration des situations sociales.

Sur le plan politique, la MILDT, dans le cadre de son plan gouvernemental 2008-2011, a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction. Cette orientation doit se développer autour des 6 axes suivants :

- élaborer des indicateurs de réinsertion sociale ;
- mettre en place des guides de bonnes pratiques pour améliorer les coopérations entre professionnels de l'addiction et ceux intervenants auprès d'autres publics précaires ;
- étendre le modèle des microstructures médicales ;
- expérimenter de nouveaux modes de prise en charge sociales des usagers de drogues traités en médecine de ville ;
- favoriser l'accueil des usagers à leur sortie de prison dans le cadre des dispositifs d'hébergement insertion (AHI) ;
- développer les partenariats entre structures médico-sociales spécialisées en addiction et le dispositif accueil hébergement insertion.

Dans ce chapitre nous décrivons les caractéristiques socioéconomiques des personnes et groupes spécifiques reçus principalement dans les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD) et plus généralement leur situation sociale (niveau d'étude, logement, emploi, contexte de vie...). Dans un second temps seront analysés les mesures et dispositifs mis en œuvre pour favoriser l'insertion sociale de ces personnes, leur ampleur, ainsi que les freins et résultats connus de ces interventions.

Nous nous appuyerons principalement sur les ressources suivantes pour documenter cette question :

- les systèmes d'information sur les CSAPA (rapports d'activité annuels et système de collecte standardisé RECAP) ;
- les systèmes d'information sur les CAARUD (rapports d'activité ASA-CAARUD et enquête biannuelle ENA-CAARUD) ;
- les informations qualitatives issues du dispositif annuel TREND de l'OFDT ;
- les résultats du questionnaire qualitatif OEDT n° 28, réalisé à partir des avis d'un groupe d'experts ;
- d'autres rapports officiels et techniques.

8.2. Exclusion sociale et usage de drogues

Aucun travail récent ne s'est particulièrement penché sur les interactions entre usage de drogues et exclusion sociale.

La situation sociale des usagers problématiques de drogues en France est connue principalement à travers les dispositifs de prise en charge : les centres de soin spécialisés en ambulatoire et résidentiels (CSAPA) et les structures dites de « bas seuil » (CAARUD).

Une enquête récente, réalisée par l'OFDT auprès des centres d'hébergement d'urgence (CHRS) présentera ultérieurement des données de prévalence des usages de drogues parmi les personnes socialement en difficultés, accueillies dans ces centres d'hébergement « tout public » et personnes sans domicile fixe (voir chapitre 2.4.).

Enfin, le dispositif TREND de l'OFDT renseigne chaque année les évolutions constatées des produits consommés, de leurs modes d'usages, des publics concernés et de contextes ; dans ce cadre, peuvent être abordées les situations sociales des usagers ainsi que des éclairages sur des populations spécifiques (jeunes errants, migrants, femmes, etc.).

8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

Le tableau ci-dessous synthétise la situation sociale des personnes accueillies dans les centres de soins spécialisés. Il illustre la part importante des personnes prise en charge qui se trouvent dans des situations de précarité en termes de logement, de situation professionnelle et de situation économique ou de niveau de formation. Une distinction a été faite pour décrire les personnes prises en charge pour usage problématique de cannabis et pour « autres drogues », en raison des caractéristiques bien distinctes de ces deux sous-groupes (âge notamment).

Tableau 8.1 : Précarité sociale des personnes prise en charge par les centres spécialisés en 2009

	Sexe		Age moyen	Logement précaire ¹³⁷	Sans domicile fixe	Situation professionnelle précaire ¹³⁸	Ressources précaires ¹³⁹	Formation inférieure au second cycle de l'enseignement secondaire ¹⁴⁰
	H	F						
Usagers problématiques autres drogues	77,6%	22,4%	35,3 ans	20,5 %	6,9%	65%	61%	23%
Usagers problématiques cannabis	87,6%	12,4%	25,4 ans	11,6%	2%	48,5%	59%	22,5%

Source : RECAP OFDT 2009

Les usagers accueillis par les centres de bas seuil (CAARUD) sont encore d'avantage fragilisés. Le plus souvent, ces personnes ne sont pas engagées dans une démarche de soin active ou sont en rupture de prise en charge. L'accueil inconditionnel constitue la pierre angulaire du travail de ces structures ; l'anonymat et la gratuité sont garantis. De plus, au-delà de leur fonction d'accueil (quasi exclusivement en ambulatoire ; seuls 4 CAARUD en France assurent un service d'hébergement), les CAARUD développent un certain nombre de « services » pour aller vers les populations usagères de drogues les plus marginalisées ou les plus éloignées des structures sanitaires et sociales : travail de rue, déplacement sur des squats, unités mobiles, interventions en milieu festif...

En 2008, la plupart des personnes reçues par les CAARUD (77 %) sont considérées comme des personnes qui vivent des situations précaires modérées ou fortes [58-59] : la précarité « forte » touche davantage les femmes (43,2 %) que les hommes (33,4 %). Plus d'un quart d'entre eux (26,2 %) sont sans domicile fixe tandis que 18,8 % habitent dans des logements provisoires. Plus de la moitié des usagers vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38,2 %). Une minorité (22,7 %) fait état d'un revenu issu de l'occupation d'un emploi (15,5 %) ou des allocations chômage (7,2 %). Près de neuf usagers sur dix dépendent du régime général de la Sécurité sociale, soit directement (30,9 %) avec en outre une mutuelle complémentaire pour plus de 13,5 % d'entre eux, soit par le biais de la CMU (couverture maladie universelle, 51,6 %) ou de l'ALD (Affection de longue durée, 4,8 %). Alors que 2,3 % des usagers relèvent de l'AME (Aide médicale d'État), plus de 7,1 % ne font état d'aucune protection.

Les usagers souffrant d'une forte précarité n'ont aucune couverture sociale (ou simplement l'AME), sont SDF ou vivent en squat pour la majorité d'entre eux et plus de 7 sur 10 n'ont aucun revenu officiel. Ce groupe d'usagers à forte précarité est nettement plus présent en Ile-de-France qu'en province (20,7 % vs 8,9 %) et concerne un usager sur quatre à Paris-intra-muros. En outre, 44,4 % des 124 usagers rencontrés aux Antilles y sont classés.

¹³⁷ Logement provisoire ou en institution et personnes incarcérées

¹³⁸ Activités rémunérées intermittentes, chômeurs et autres inactifs

¹³⁹ Allocations chômage, prestations sociales (RMI, AHH...), ressources provenant d'un tiers et autres ressources (dont sans revenus)

¹⁴⁰ Inférieure à Bac et équivalents, CAP-BEP et équivalents... En France le taux de chômage varie en sens inverse du niveau de diplôme qui peut être considéré comme un indicateur du niveau de qualification des actifs, même s'il ne prend pas en compte l'amélioration de la qualification qui peut être obtenue par la formation continue et par l'expérience professionnelle. Ainsi, au cours des quatre premières années après la sortie de la formation initiale, un actif sans diplôme ou ayant un BEP a plus de 2 fois plus de risque d'être au chômage en 2008 qu'un actif qui a un diplôme du deuxième cycle du secondaire.

Outre les caractéristiques ayant permis de construire les groupes, de précarité ces usagers fortement précaires diffèrent en moyenne des autres usagers sur plusieurs points¹⁴¹ : près de la moitié d'entre eux ne dispose pas de papiers d'identité en règle (sans papier : 33 % vs 1,3 % pour les autres, papiers perdus ou à refaire : 14,3 % vs 4,2 %) ; un quart d'entre eux vit avec « des amis » (25,9 % vs 11,6 %) ; 21,7 % n'ont pas poursuivi d'études au-delà de l'école primaire vs 11,4 % ; ils ont été plus fréquemment incarcérés que les autres au cours de l'année (22,4 % vs 16,7 %) ; ils fréquentent moins souvent les centres d'addictologie (34,2 % ont eu au moins une consultation dans l'année vs 45,0%) et la majorité d'entre eux ne reçoit pas de traitement de substitution (60,8 % vs 11,4 %) ; Ils sont moins nombreux à avoir déjà utilisé l'injection (47,8 % vs 63,9 %) notamment parce que 1 personne de ce groupe sur 3 est un cracker (33,0 % vs 14,4 %). Néanmoins, lorsqu'ils s'injectent, ils sont plus nombreux que les autres à partager au moins un élément du matériel (36,1 % vs 23,7 %) et ils ont presque 2 fois plus de risques que les usagers faiblement précaires (toutes choses tendant à être égales par ailleurs) de se déclarer positifs à l'hépatite (CADET-TAÏROU, A, COQUELIN, A et al, 2010).

Les observations réalisées par les professionnels des CAARUD en 2008 à travers leur rapports d'activités [52] font état d'une accentuation de la marginalité (paupérisation - clochardisation) des personnes reçues, en partie liée à un contexte économique défavorable et à une orientation politique sécuritaire qui peut s'avérer dommageable à cette population : fermeture de squats, évacuation des centres ville, interpellations policières plus fréquentes parfois à proximité des locaux, et certaines difficultés pour les intervenants des CAARUD d'intervenir auprès de ces publics.

Les CAARUD enregistrent également une hausse des condamnations et/ou mesures légales (jour amende, bracelets électroniques...) et une hausse des durées de peine. Près de 3 500 « dossiers justice » ont été ouverts en 2008 et près d'un tiers des CAARUD intervient en milieu carcéral (visite, préparation à la sortie, etc.). Ils observent également une dégradation des situations liées à la question de l'hébergement. L'accès aux hébergements d'urgence de type hôtels ou CHRS est toujours difficile et l'hébergement dans son ensemble constitue le problème majeur, notamment en région parisienne. Des dossiers de « droits opposable au logement » ont été instruits. À noter une difficulté partagée par de nombreux CAARUD pour résoudre les problèmes d'hébergement des personnes accompagnées de chiens.

Les CAARUD de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Réunion soulignent l'absence et le besoin de solutions d'hébergements thérapeutiques. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne trouvent pas non plus de solution de logement adaptées.

Enfin, les personnes en situation irrégulières sont confrontées de façon très aiguë à l'ensemble des problématiques : hébergement, ressources et insertion.

8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Au seuil des années 2000, le « profil » de l'usager de drogue problématique est celui d'un homme âgé de 29 ans, très majoritairement de nationalité française. Son image est celle d'un marginal, véritable ombre portée des jeunes habitants des quartiers populaires des grandes villes, confrontés à la précarisation de masse consécutive à la crise économique. Sa situation

¹⁴¹ Tout les écarts évoqués ici sont significatifs avec $p < 0,01$.

sociale est relativement dégradée du fait des effets combinés des usages et prises de risques, de conditions de subsistances très limitées et d'incarcérations répétées.

La décennie 2000 va voir se renforcer les évolutions déjà à l'œuvre avec :

- l'accroissement de la précarité ;
- le vieillissement des usagers ;
- la persistance de figures attachées à l'extrême désaffiliation, telles les usagers de crack du nord-est parisien, de la Seine St Denis et des départements d'Outre-mer.

À ces phénomènes, viennent s'ajouter depuis quelques années de nouveaux « groupes » d'usagers qui vivent dans des situations de grande précarité : de « jeunes errants » et des hommes jeunes originaires des pays de l'Est qui ont débuté leurs consommations avant d'émigrer en France. De plus, la présence de jeunes femmes de moins de 25 ans dans les structures de première ligne suscite une mobilisation particulière des intervenants, compte tenu de la radicalité de leurs pratiques et de la persistance d'usages à risque [43].

Les « nomades » (marginalité revendiquée comme un mode de vie) et « **jeunes errants** » (individus plus jeunes dont la marginalité est marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profondes) sont des usagers polyconsommateurs, même si le recours aux opiacés tend à se développer, tout comme les pratiques d'injection. Néanmoins, dans un souci de se démarquer de la figure classique de l'usager de drogue problématique, leur recours au dispositif « bas seuil » apparaît plus occasionnel et d'avantage tourné vers la couverture de leurs besoins primaires que vers des demandes de soins. Leur mode de vie précaire et le recours à la « débrouille » leur donne l'illusion d'une insertion paradoxale et alternative.

Les « **nouveaux migrants** » sont issus principalement d'Europe centrale et orientale mais aussi du Maghreb et dans une moindre mesure d'Asie. Si Paris réunit une grande diversité d'origines, les autres territoires français rencontrent principalement des ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Russie, Bulgarie, Géorgie, Ukraine, Biélorussie, Roumanie, Moldavie et pays composants l'ex-Yougoslavie). Les conditions de vie de ces populations sont très précaires, aggravées par le caractère irrégulier de leur séjour. Majoritairement injecteurs d'héroïne et d'amphétamines, les usages de médicaments (notamment la BHD) sont très présents. Les intervenants des CAARUD s'efforcent de sensibiliser ces populations aux risques de transmissions virales (VIH et hépatites) du fait de leurs conditions de vie et de la réprobation dont fait l'objet l'injection au sein des groupes auxquels ils appartiennent. Des tensions importantes sont signalées entre ces groupes et les autres bénéficiaires, plus « historiques », des centres de première ligne.

Bien que la proportion de **femmes** fréquentant les centres spécialisés ne semble pas en augmentation, son rajeunissement et les pratiques radicales observées, préoccupent les professionnels. La plupart de ces jeunes femmes appartiennent au groupe des jeunes gens désaffiliés mentionné plus haut. Moins présentes sur les lieux de deal, elles se distinguent par une implication plus grande dans les démarches d'obtention d'argent (prostitution, mendicité...), dans la fréquentation des CAARUD (matériel d'injection) et les démarches administratives. Plusieurs observations font état d'une radicalisation des comportements d'usage avec notamment une escalade très rapide vers l'injection à haut risque (partage du matériel). Outre le recours à la prostitution, les femmes sont confrontées à des problématiques spécifiques liées à

la promiscuité et aux violences propres au monde de l'errance : infections vaginales, absence de contraception, grossesses non désirées...

8.3. Réinsertion sociale

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues en traitement est très majoritairement assuré par les structures spécialisés CSAPA et CAARUD à travers des projets et programmes spécifiques développés par ces établissements médico-sociaux et comme relai vers les dispositifs de droit commun.

La MILDT à travers son plan national 2008-2011 a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction [30]. Cette orientation se décline autour de 2 objectifs prioritaires :

Objectif 1 : favoriser l'accueil des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ou des drogues illicites dans le dispositif accueil-hébergement-insertion à leur sortie de prison :

- par la mise en place de consultations avancées de CSAPA dans ces structures et de formations croisées ;
- par la rédaction d'un référentiel multi-professionnel de préparation à la réinsertion ;
- par la mise en œuvre d'unités d'accueils courts et d'accès rapide proposant soins, actions d'insertion et hébergement

Objectif 2 : développer les partenariats entre structures médico-sociales (CAARUD et CSAPA) et le dispositif accueil hébergement insertion : expérimenter la mise en place de consultations assurées par des professionnels des structures médico-sociales dans une vingtaine de structures d'hébergement et de formations croisées entre les structures des deux champs concernés.

Pour mettre en œuvre ces orientations, la MILDT a lancé le 23 février 2009 un appel à projets pour la mise en œuvre notamment des mesures relatives à l'insertion sociale. Les projets retenus ont été communiqués par voie de circulaire le 14 décembre de la même année. Il est trop tôt pour décrire précisément les projets retenus et financés, a fortiori pour en mesurer les impacts.

Sur le plan des partenariats interinstitutionnels au niveau national, un cadre de travail a été signé entre la MILDT et la DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) afin de mieux articuler la dimension insertion sociale et le plan d'action de lutte contre les drogues.

Les structures spécialisées CAARUD, à travers leurs rapports d'activités annuels, enregistrent les actes réalisés (nombre et nature). Parmi ces actes, les mesures de réinsertion (accès aux droits, hébergement et formation-emploi) sont développées, bien qu'elles ne représentent qu'une part faible de l'ensemble de leur activité, centrée principalement sur l'accueil de premier recours (« refuge », alimentation, hygiène de base...), la réduction des risques et les soins [52]. Le tableau ci-dessous reprend les actes réalisés en 2008 pour l'accès aux droits des personnes accueillies au sein de ces structures.

Tableau 8.2 : Nombre d'actes réalisés pour l'accès aux droits en 2008 par les CAARUD

Accès aux droits		Logement et hébergement		Formation et emploi	
Administratifs	8 369	Hébergement d'urgence	6 651	Emploi	2 754
Sociaux	7 027	Hébergement social	1 996	Formation	1 263
Santé	5 095	Logement autonome	1 761		
Justice	3 447	Hébergement thérapeutique	1 001		
23 938 (61 %)		11 409 (29 %)		4 017 (10 %)	

Source : ASA-CAARUD 2008/OFDT, DGS

En dehors des rapports d'activité des CAARUD, il n'existe pas d'outils permettant de suivre avec précision les mesures engagées sur les différents volets de l'insertion sociale des personnes en traitement. Les rapports d'activité des structures ne détaillent pas ou très partiellement, ni les besoins ni les actions-programmes entrepris. Une réflexion est actuellement en cours pour définir des indicateurs pertinents et leur mise en œuvre.

Ainsi, les éléments détaillés dans les trois paragraphes suivants (hébergement, éducation et emploi), ne reflètent que partiellement la situation nationale ; ils sont principalement le fruit des constats effectués par un groupe d'experts (voir questionnaire structuré 28 – année 2009).

8.3.1. Hébergement

En 2009, seuls 77 % des personnes en traitement pour usage problématique de drogues occupent un logement durable indépendant, chez des proches ou en institution [60].

La question de l'hébergement demeure l'une des priorités en termes d'insertion sociale, notamment dans les grandes villes et de façon criante en région parisienne.

Les réponses principalement apportées sont **le logement social, l'hébergement d'urgence l'hébergement social et l'hébergement thérapeutique.**

Le logement social en France est principalement composé du parc HLM (Habitation à loyer modéré) ; aujourd'hui 10 millions de personnes vivent dans les 4,2 millions de logements gérés par les organismes HLM qui ont pour mission de loger dans les meilleures conditions tous ceux qui ont des difficultés à se loger dans les conditions du marché. Or depuis plusieurs années l'offre de logement est très insuffisante au regard des demandes. Si les personnes en traitement ne subissent pas de discrimination objectivables quant aux procédures d'attributions, elles subissent aussi les effets de cette pénurie, sauf à remplir les conditions faisant d'elles des personnes prioritaires. En 2006, on dénombre 1,2 million de demandes de logements HLM non pourvues, en France métropolitaine, dont 550 000 demandes de ménages déjà locataires HLM.

Certaines structures (et notamment les CSAPA) développent des services qui facilitent l'accès aux logements individuels ; par exemple :

- Les baux glissants : dans un premier temps, la structure prend à son compte la location des logements qui appartiennent à des propriétaires privés ou publics, afin de les sous-louer légalement. Elle signe l'état des lieux, le bail et règle le loyer au bailleur.

L'allocation logement est directement versée à la structure et le loyer résiduel (loyer moins allocation logement) reste à la charge du sous-locataire. Après une période « probatoire », pouvant aller de six mois à un an, le bail « glisse » et le sous-locataire devient ainsi le locataire officiel des lieux.

- Suivi « pédagogique » de la location : aider le locataire à gérer au mieux son budget et accomplir des démarches administratives comme la gestion des factures, l'achat de mobilier, etc.

Il n'existe pas de données permettant d'évaluer la fréquence et le volume de ces programmes.

L'hébergement d'urgence est une solution à laquelle les structures spécialisées ont recours. Il s'agit d'un accueil inconditionnel, c'est-à-dire sans sélectivité des publics et de courte durée. Les principales structures et dispositifs assurant de l'hébergement d'urgence sont :

- les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) : 360 CHRS en France déclarent piloter une section d'urgence ;
- les nuitées d'hôtel ;
- des centres d'hébergement de nuit, parfois en dortoir, parfois plus individualisés ;
- des centres fonctionnant toute la journée et hébergeant pour des durées parfois très courtes (quelques nuits), parfois proches de celles des CHRS (le plus souvent de l'ordre de 6 mois renouvelables) ;
- des centres d'hébergement d'urgences (appelés « Sleep-in » et maintenant CAARUD) destinés exclusivement aux usagers de drogues (trois villes en France métropolitaine sont dotées de structures de ce type ainsi que la Guyane : Paris, Lille, Marseille et Cayenne).

Hormis ces dernières structures, les centres d'hébergement d'urgence favorisent l'accueil de publics « stabilisés » et ne présentant pas de troubles du comportement. Ceci peut tendre à exclure un certain nombre de personnes en traitement. Pour toutes ces structures, il est demandé aux personnes de se conformer aux différents règlements intérieurs (pas de consommation d'alcool ni de drogues, pas de violence physique et verbale, etc.).

L'hébergement temporaire ou hébergement d'insertion se caractérise par la sélection du public accueilli, l'élaboration d'un projet d'insertion et un accueil de plus longue durée. Une équipe de professionnels est présente de façon continue. Les principales structures existantes sont :

- Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS, au nombre de 827) : les CHRS ont pour objet de faire accéder les personnes qu'ils prennent en charge à l'autonomie personnelle et sociale. Ils assurent les fonctions d'hébergement, d'accueil notamment dans les situations d'urgence, le soutien et l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle. Le public pouvant être accueilli en CHRS est large. Il s'agit de personnes ou de familles qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de santé ou d'insertion...) notamment en raison du manque de logement ou de conditions défectueuses de celui-ci.

Néanmoins les « catégories de population admises » peuvent différer d'un établissement à l'autre.

- Les maisons relais : ce sont des résidences sociales de petite taille, dix à vingt-cinq logements chacune, destinées à accueillir des personnes en situation de grande exclusion. Elles leur proposent un logement autonome sans condition de durée, des espaces communs, ainsi qu'une aide renforcée à la vie quotidienne (santé, hygiène, alimentation) et vise une bonne intégration de la structure dans l'environnement local.
- Les résidences sociales : elles offrent une solution de logement meublé temporaire à des ménages ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement ordinaire, pour des raisons économiques mais aussi sociales, et pour lesquels un accompagnement social peut s'avérer nécessaire.

Malgré des efforts importants entrepris entre les structures spécialisées et ces centres d'hébergement sociaux « généralistes » pour offrir des solutions aux personnes en traitement, des difficultés importantes d'accès sont constatées par les différents intervenants. Le plan gouvernemental drogues 2008-2011, pour améliorer cette situation a favorisé les partenariats et interactions entre le secteur spécialisé addiction et le secteur de l'hébergement social : un appel à projet a été lancé afin de favoriser ces passerelles ; 30 projets ont été retenus et seront financés.

Enfin, plusieurs dispositifs spécialisés « **d'hébergement thérapeutique** », spécifiquement dédiés aux personnes en traitement sont disponibles en France. Tous ces établissements d'hébergement sont gérés par des structures médico-sociales spécialisées (CSAPA) :

- Le centre de postcure en alcoologie ou centre de soins, de suite et de réadaptation en alcoologie accueille après leur sevrage les personnes dépendantes à l'alcool qui éprouvent le besoin de consolider leur abstinence dans un milieu protégé. La durée de séjour est variable de 1 à 3 mois, les sorties et les visites sont réglementées.
- Le centre thérapeutique communautaire (CTC), appelé également « communauté thérapeutique », est un lieu de soin avec un hébergement collectif. La communauté thérapeutique est assimilée à une famille structurée, hiérarchisée et organisée. Chaque résident intègre un groupe avec un responsable à sa tête. Chaque groupe a la responsabilité de différentes tâches comme le nettoyage, la cuisine, le jardinage, l'entretien de la maison. Le Centre thérapeutique communautaire peut accueillir jusqu'à 50 personnes.
- Le Centre thérapeutique résidentiel (CTR) appelé également centre de postcure, est un lieu de soin avec un hébergement collectif qui prend en charge toute personne toxicomane inscrite dans une démarche volontaire. Le CTR peut accueillir jusqu'à 20 personnes. La durée de séjour initiale est d'environ 6 mois renouvelables. Les délais d'attente peuvent être longs.
- Appartements thérapeutiques relais (ATR) : appartements individuels ou collectifs mis à disposition de certains anciens usagers de drogues entrés dans une démarche de soin. L'absence d'encadrement permanent réserve ces structures aux personnes ayant la capacité de vivre seules. Certains appartements peuvent accueillir les couples et les personnes accompagnées d'enfant(s).

- L'hébergement de transition ou d'urgence est proposé à la personne dépendante ou anciennement dépendante qui est entre deux soins ou dans une période dite de transition : avant un sevrage ; pendant la stabilisation d'un sevrage ou d'un traitement de substitution ; en attente d'une admission en postcure ou d'un hébergement stable. Cette période est modulable en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Durant ce court séjour (1 à 4 semaines), la personne est hébergée en appartement individuel ou collectif et parfois en chambre d'hôtel.
- Le réseau de familles d'accueil est un groupe de familles formées et encadrées par des professionnels qui sont volontaires pour accueillir quelque temps une personne en traitement. Les familles d'accueil offrent à la personne toxicomane une relation personnalisée dans un espace familial. Elles perçoivent une indemnité en fonction de la présence effective d'une personne chez elles.

Malgré cette pluralité de dispositif d'hébergement thérapeutique, l'offre reste insuffisante.

8.3.2. Éducation et formation

En 2009, près de 23 % des personnes en traitement n'ont pas atteint le niveau scolaire du second degré, c'est-à-dire qu'elles ne disposent d'aucune formation générale ou professionnelle¹⁴².

Les personnes en traitement ne font pas spécifiquement l'objet de programmes ou de dispositifs spécifiques de formation ou de remise à niveau scolaire. Elles peuvent en revanche, comme l'ensemble de la population générale et notamment les demandeurs d'emploi, s'appuyer sur les organismes publics et privé de la formation professionnelle.

La situation est identique pour ce qui concerne les formations qualifiantes. Les mesures sont intégrées dans la politique de l'emploi ; le principal opérateur est le Pôle emploi. L'orientation et le financement de formations font partie de ses missions. Il n'existe pas de formations spécifiquement dédiées aux personnes vulnérables, mais trois publics cibles prioritaires ont été identifiés : les personnes éloignées de l'emploi depuis longtemps (chômeurs de longue durée), les jeunes et les personnes issues de l'immigration (les femmes plus particulièrement). La VAE (Validation des acquis de l'expérience) et les formations classiques qualifiantes sont les deux principales mesures mises en œuvre.

8.3.3. Emploi

En 2009, près de 24 % des personnes en traitement sont au chômage¹⁴³, soit deux fois plus que les taux rencontrés au sein de la population active française.

Il n'existe pas en France de barrière administrative particulière concernant l'accès à l'emploi sur le « marché du travail ouvert » des personnes en traitement (dépistage, situation médicale discriminante...), même si des réticences à l'emploi de ces personnes de la part des employeurs peuvent être supposées. Les taux de chômage importants constatés sont plus certainement la

¹⁴² Système d'information RECAP de l'OFDT

¹⁴³ Système d'information RECAP de l'OFDT

conséquence d'un niveau de formation faible, d'un parcours professionnel souvent chaotique et d'un marché du travail très tendu.

Par ailleurs, il existe en France un « marché du travail intermédiaire » très structuré et reconnu par le code du travail (art. L 5121-1) ; il est couvert par l'appellation « Insertion par l'activité économique (IAE) ». De plus, il existe depuis 1977 des « contrats aidés » (principe d'allègement du coût salarial pour l'employeur) destinés aux publics les plus vulnérables.

A compter de janvier 2010, ces différents contrats aidés sont regroupés au sein d'un Contrat unique d'insertion (CUI) pour le secteur marchand et un contrat de professionnalisation pour le secteur non marchand.

Le dispositif d'IAE est constitué de différentes structures dédiées à l'insertion par l'activité économique (SIAE). Ces structures sont des employeurs qui doivent être agréés par l'Etat. Elles signent des conventions qui déterminent les conditions d'exercice de l'activité, l'aide qui leur est apportée et les objectifs de résultats. Les quatre principales SIAE sont :

- les associations intermédiaires (AI) ;
- les entreprises de travail temporaires d'insertion (ETTI) ;
- les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) ;
- les entreprises d'insertion (EI).

Si en 2006 on estime à 253 000 le nombre de personnes embauchées par les différentes SIAE (61 000 équivalent temps plein), l'offre reste très limitée au regard des besoins et les « sélections » se font naturellement par le haut : les personnes les plus en difficultés sont généralement exclues, de fait, de ces dispositifs.

Néanmoins, certaines structures spécialisées, face à leur difficulté d'accompagner leurs bénéficiaires vers l'emploi, ont développé leur propre dispositif d'insertion professionnel ou favorisent les passerelles et coopérations [61].

Les activités occupationnelles sont à dissocier des actions d'insertion/démarche vers l'emploi, mais offrent un « avant goût » de ce que peut être le milieu du travail. L'association Espace (CAARUD) a mis en place un atelier à bas seuil d'exigence dans lequel le public accueilli procède à la récupération de livres, les enregistre sur une base informatique, les conditionne puis les remet à la disposition d'associations partenaires qui mènent des projets éducatifs ou humanitaires. De plus, cet établissement a créé un poste en interne de chargé d'insertion. Celui-ci constitue un réseau d'entreprises sur son territoire et facilite le lien entre candidats et employeurs potentiels, rassurant les uns et les autres sur leurs craintes réciproques. Sa bonne connaissance tant des entreprises que des publics reçus par la structure, permet d'adapter finement les propositions d'emploi aux attentes et compétences des publics.

Le CSAPA Drogues et société propose aux patients du centre de soins de participer à des ateliers de création artistique, afin de renforcer leur sentiment d'utilité sociale ; ces créations pouvant être utilisées ultérieurement pour illustrer des documents d'information et de prévention réalisés par le centre. Des ateliers de redynamisation sont également proposés par cette structure.

La communauté thérapeutique du Fleuve (Gironde) accueille en son sein un atelier et un chantier d'insertion (ACI). Accompagnés d'une intervenante socioprofessionnelle, les résidents peuvent intégrer pendant une période de 6 mois le chantier d'insertion dans le cadre d'un projet personnel d'insertion.

Le CSAPA ALIA (ville d'Angers) a mis en place des ateliers d'aide à l'insertion où le travail est appréhendé comme « outil du soin ». Le cadre de travail implique des formes de contraintes propre au monde de l'entreprise : lieu d'embauche, rythme biologique et de travail, respect des consignes, gestion d'un salaire... Ces ateliers (ouvriers polyvalents) offrent une immersion dans le monde du travail et un accompagnement spécifique propre à des adultes dont la problématique est addictive.

Des partenariats sont établis entre des centres de soins et des régis de quartier (entreprise d'insertion). Des échanges entre les professionnels de ces deux types de structures, pour se connaître et débattre des spécificités des publics toxicodépendants, sont des préalables indispensables au bon fonctionnement de ces partenariats. Ces entreprises d'insertion ne sont en effet pas formées et préparées à accueillir ce type de population.

Des structures d'envergure nationale comme l'association Aurore développent des partenariats internes afin de favoriser l'accès des personnes en traitement (centre de soin) aux dispositifs de l'insertion par l'activité économique (chantiers et entreprises d'insertion).

9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

9.1. Introduction

Définitions

D'après les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur en France, toute personne qui consomme et/ou détient ces substances s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. L'usager simple peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération, en particulier en cas d'infraction associée (voir la description du cadre légal dans le chapitre 1).

Le ministère public (le Parquet) peut décider de prononcer une mesure de remplacement aux poursuites pénales, à l'encontre des auteurs d'infraction jugées de faible gravité : cette mesure alternative aux poursuites pénales peut être un rappel à la loi, une injonction thérapeutique, une orientation sanitaire et sociale, une composition pénale, une mesure de réparation ou une médiation pénale.

La palette des réponses pénales à l'usage comprend aussi des mesures alternatives à l'incarcération : travail d'intérêt général (TIG), suivi avec mise à l'épreuve (SME) contenant éventuellement une obligation de soins, suivi socio-judiciaire et placement sous surveillance électronique (PSE) dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

La France comptait, au 1^{er} janvier 2010, 191 établissements pénitentiaires, comprenant 56 779 places "opérationnelles" (c'est-à-dire des places de détention disponibles) réparties entre :

- 106 maisons d'arrêt (MA) et 30 quartiers MA (situés dans des centres pénitentiaires), qui accueillent les prévenus, les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).
- 37 centres pénitentiaires (CP), comprenant au moins 2 quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
- 24 centres de détention (CD) et 34 quartiers (QCD), qui accueillent les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus ;
- 64 maisons centrales (MC) et 9 quartiers (QMC).
- 12 centres de semi-liberté (CSL) et 4 quartiers (SQL) situés dans les CP, recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou de la semi-liberté, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), prévus dans le programme de la loi d'orientation et de programmation de la justice, de septembre 2002 et dont le premier a été ouvert à la mi-2008, 4 quartiers centres pour peines aménagées (qCPA) situés dans des centres pénitentiaires ;

- 1 établissement public de santé national, à Fresnes (EPSNF).

Outils de collecte des données

Les données policières et pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et facilement accessibles. En revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vision complète du traitement des infractions, du stade de l'interpellation jusqu'à celui de la condamnation et éventuellement, de l'exécution de la peine.

- Les interpellations pour ILS sont classées en deux grandes catégories : usage simple et trafic (décomposé en usage-revente, trafic local et trafic international). Ces données existent depuis 1971.
- Les condamnations enregistrées par le Casier judiciaire national (CJN, voir annexes VI-B) et informatisées depuis 1984 rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des personnes poursuivies pour ILS devant le tribunal : on dispose donc d'une exploitation statistique homogène qui permet d'observer l'évolution des condamnations prononcées, en volume et en structure, entre 1984 et 2008. Les modifications de la législation relative aux stupéfiants ayant été limitées durant cette période, on dispose de bonnes garanties de comparabilité pour analyser l'évolution des sanctions pénales prononcées par les juridictions durant cette période.

Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions mais, par convention, les condamnations sont présentées selon l'infraction principale. Les catégories statistiques utilisées sont les suivantes : usage illicite de stupéfiants, aide à l'usage par autrui, détention/acquisition, fabrication/emploi/transport, offre et cession, importation/exportation, autres ILS.

- Jusqu'en 2003, c'est l'exploitation statistique des données du Fichier national des détenus (FND, voire annexe VI-N) qui permettait de rendre compte des flux de la population carcérale et de suivre l'ensemble des personnes incarcérées (pour ILS ou pour d'autres infractions) au cours de la période de détention.
- Depuis 2003, date de la mise en service de la nouvelle version de l'application « Fichier national des détenus », toutes les infractions à l'origine de la condamnation sont enregistrées (alors que seule l'infraction principale était enregistrée auparavant) mais l'état actuel de la nouvelle version du FND ne permet pas de connaître le rang de l'infraction (infraction principale ou associée) et donc ne permet pas de repérer les cas pour lesquels une ILS est le motif principal d'incarcération. Cette limite est particulièrement forte pour les cas d'usage de stupéfiants, souvent associés à des infractions plus graves motivant, elles, l'incarcération (nombre d'incarcérations au seul motif de l'usage actuellement inconnu).

Au-delà de ces indicateurs réguliers d'activité, le cadre français de production des connaissances sur les usages de drogues en prison comprend par ailleurs :

- Les enquêtes institutionnelles. Initiées, conçues et mises en œuvre par les autorités de tutelle (ministère de la Santé, ministère de la Justice, etc.), leurs résultats sont publiés par ces autorités. Il s'agit souvent d'analyses rétrospectives de données existantes (fiches santé entrant, nombre de traitements de substitution prescrits en prison, données des rapports d'activité des CSST en milieu carcéral, etc.). Les échantillons sont larges et se veulent représentatifs de la population incarcérée. Le rythme de ces enquêtes est

irrégulier, à l'instar de l'enquête santé/entrants. Parmi les enquêtes réalisées par les services d'études des ministères, on peut citer les enquêtes de la DREES (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale/ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille), menées en 1997 et en 2003, qui donnent des éléments d'analyse du profil de santé des entrants en prison (consommations de substances psychoactives, traitements de substitution, facteurs de risque, pathologies constatées) qui ont été recueillies lors de la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt (MA) et quartiers MA (qMA) des centres pénitentiaires (voir liste des sources détaillées, annexes VI-C). De même, les données fournies par l'enquête DGS-DHOS entre 1999 et 2004 sur la substitution en milieu carcéral permettent de retracer les évolutions dans le nombre de traitements (poursuites, initialisations) et les modes de prise en charge (méthadone, Subutex®) sur cette période. Les enquêtes menées « un jour donné » par la DHOS sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (du 23 au 27 juin 2003, par exemple) décrivent le profil des patients VIH+ et VHC+ connus reçus dans les UCSA, unités de soins hospitaliers intervenant en milieu pénitentiaire.

- Les enquêtes épidémiologiques. Souvent adossées à un institut de recherche (par exemple l'ORS PACA/INSERM), elles sont locales ou nationales et s'appuient elles aussi sur des données préalablement existantes.
- Les recherches et études sociologiques qualitatives. À partir d'entretiens qualitatifs avec de petits échantillons, ces enquêtes cherchent à décrire des profils d'usagers et documentent leur parcours dans l'incarcération et dans la toxicomanie. Le recueil de données se fait en dehors des temps d'incarcération.
- Les études réalisées par les professionnels du soin. Études descriptives quantitatives ou qualitatives, elles sont initiées par des professionnels exerçant en milieu carcéral. Elles souffrent parfois d'un manque de rigueur méthodologique mais permettent de connaître le point de vue et l'expérience des professionnels.
- Les rapports officiels. Motivés par un changement légal ou réglementaire, une actualité politique ou bien une mission statutaire d'avis ou de contrôle, ils ont pour objectif d'élaborer des recommandations, qui s'appuient sur des constats et des états des lieux documentant le sujet.
- Les publications des ONG. Dans leur contenu, ils peuvent ressembler à la structuration des rapports officiels (constat et recommandations), mais le ton et la forme en sont différents. Plus rarement, ils peuvent s'appuyer sur un recueil de données [62]

À ces sources s'ajoutent d'une part des documents plus généraux sur la prison, généralement des travaux sociologiques ou démographiques permettant de comprendre le contexte général de la prison ; d'autre part des articles et documents divers, qui sont souvent des synthèses d'autres travaux.

Contexte

Délinquance et usage de drogues

Les multiples enquêtes réalisées sur ce thème montrent que les usagers de drogues sont plus fréquemment auteurs de délits graves et peu graves : le nombre d'actes de délinquance tend également à croître en fonction de la fréquence de consommation de produits psychotropes.

Le constat d'un rapprochement entre usage de drogues chez les jeunes et comportements à problèmes (délits d'atteinte à la propriété, absentéisme et exclusion scolaires, implication dans des bagarres ou des actes de vandalisme) a également été établi [63].

En France, l'enquête réalisée depuis 1998 à la demande du ministère de la Justice auprès des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) révèle des prévalences élevées : 60 % des jeunes suivis ont déjà pris du cannabis durant leur vie (ministère de la Justice, 1998).

Il faut toutefois distinguer les infractions à connotation toxicomaniaque *stricto sensu*, les crimes et délits imputables de façon indirecte à l'abus de substances psychoactives et l'ensemble des facteurs de style de vie communs à ces deux types de conduites déviantes que sont la prise de substances et la délinquance.

- La première de ces trois catégories, la plus facile à saisir, regroupe l'ensemble des crimes et délits immédiatement liés à la drogue : consommation, possession, trafic ou fabrication de substances illicites représentent autant d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) On peut aussi y ajouter les cas de conduite sous influence de stupéfiants.
- Le second groupe d'infractions indirectement imputables à la consommation de produits psychoactifs réunit les actes de délinquance dont la commission est associée sous une forme ou une autre à la consommation de ces substances, sans que celle-ci constitue un élément de leur définition (délinquance dite « acquisitive » pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogue).
- Troisième et dernière catégorie, la mieux susceptible d'éclairer la correspondance complexe entre drogue et criminalité, les comportements toxicomaniaques et délinquants peuvent être regardés comme deux aspects conjoints d'une socialisation et d'un mode de vie déviant [64]. Dans cette perspective quasi ethnologique, le recours aux substances psychoactives doit être compris comme une occurrence, parmi d'autres, de conduite à risque. La plupart des travaux épidémiologiques et sociologiques privilégient cette approche en France.

Usage de drogues en prison

L'enquête de la DREES sur la santé menée auprès des entrants en 2003 a montré la surreprésentation des addictions en milieu carcéral [65]. Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de

consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les stupéfiants¹⁴⁴ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal en population générale.

Les études existantes montrent que l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés dans des proportions moindres pendant l'incarcération [66]. En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se sont développées en milieu pénitentiaire. D'une façon générale, on observe un transfert relatif des consommations de drogues illicites et rares vers les médicaments [67].

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

La pratique de l'injection apparaît importante au sein de cette population précarisée, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclaraient une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 [68] ; en 2003, seuls 2,6 % des entrants déclaraient pratiquer l'injection [69]. Selon les études, 60 % à 80 % des détenus cessent de s'injecter en détention. Les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique d'injection semblent réduire la fréquence de leurs injections, en augmentant toutefois les quantités injectées ; ils sont aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants. Enfin, les détenus semblent plus touchés par les maladies infectieuses qu'en population générale. Les données les plus récentes permettent d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. Comme à l'extérieur toutefois, la prévalence du VIH en prison a reculé alors que celle de l'hépatite C connaît une forte progression.

À leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (environ 85 % des personnes sous traitement de substitution dans l'ensemble de la population) [70].

Pendant l'incarcération, ce chiffre diminue car dans un certain nombre d'établissements, les traitements ne sont pas poursuivis, alors que la loi du 18 janvier 1994 (qui instaure l'équivalence des soins en milieu libre et en milieu fermé) le prévoit. Le taux d'interruptions de traitements a fortement baissé entre 1998 et 2004 mais il concerne toujours plus d'un traitement sur dix (données DGS/DHOS). Une enquête de l'OFDT a montré en outre que l'accès à la méthadone était en hausse dans les établissements pénitentiaires : parmi les détenus dépendants aux

¹⁴⁴ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'Administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

opiacés, 35 % étaient pris en charge dans le cadre d'un Traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone en 2006 [71], vs. 22 % en 2004 (DGS/DHOS, ministère de la Santé). Un tiers des établissements comptent aujourd'hui plus de 50 % de leurs patients substitués sous méthadone (malgré de fortes disparités). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 (mini) et 76 (maxi) mg/jour. L'OFDT a également établi que la primoprescription de méthadone par les unités médicales intervenant en prison était elle aussi en hausse (28 % vs 72 % de poursuites de traitements, parmi les détenus substitués à la méthadone) [71].

Depuis la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré la responsabilité de la santé en prison du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé, avec la création des Unités de consultation et de soins en ambulatoire (UCSA), rattachées à l'hôpital de proximité, qui interviennent dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, la prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les UCSA, présentes dans tous les établissements pénitentiaires, chargés de la santé somatique des détenus ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne ; enfin, les « antennes toxicomanie » (CSST) interviennent, depuis 1987, dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population pénale). À ce dispositif général s'en ajoute un autre, créé à titre expérimental : les UPS (unités de préparation à la sortie), dans 7 établissements.

Parallèlement, le dispositif légal de réduction des risques en milieu carcéral prévoit différentes possibilités d'accès aux soins pour les détenus toxicomanes (circulaire du 5 décembre 1996) :

- dépistage du VIH et des hépatites théoriquement proposé à l'entrée (CDAG – volontariat) mais pas systématique pour le VHC (source : POPHEC, Premier observatoire en prison de l'hépatite C) ;
- mesures prophylactiques (mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des détenus de traitements post-exposition) ;
- mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) ;
- accès aux TSO et mise à disposition d'eau de Javel pour désinfecter tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings).

Il n'existe pas en France de programme d'échange de seringues dans les prisons (initiative jugée « prématurée » par la Mission santé-justice en 2000) ou de programme spécifique d'information, en milieu carcéral, sur les modes de contamination liés aux pratiques d'injection.

9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues

9.2.1. Infractions à la législation sur les stupéfiants

Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants

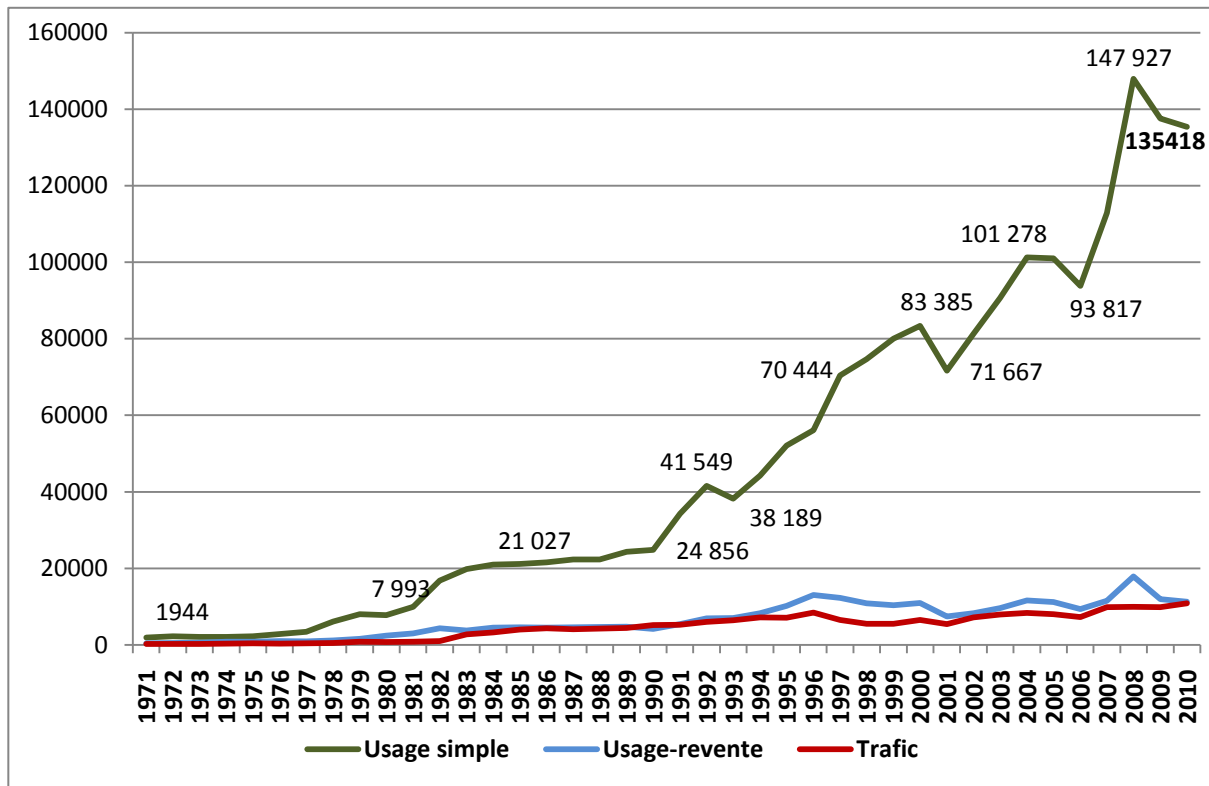
Le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants a explosé au cours des 30 dernières années (cf. Graphique 9-1). Quasiment 90 % de tous les cas signalés en France sont liés à l'usage ou la possession de drogues. Les rapports de police enregistrant les infractions liées à la drogue n'ont cessé d'augmenter depuis les années 1980, bien que l'on ne sache pas précisément si cela est dû à une hausse de l'activité de la police, une augmentation de l'usage et du trafic de drogues ou aux meilleures performances des systèmes de regroupement des données (ou encore à d'autres facteurs) [72].

Causes des interpellations

L'usage « simple » de stupéfiants reste la principale cause des interpellations, représentant un total de 135 418 interpellations en 2010, soit 86 % des interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants en 2010. C'est un pourcentage qui augmente légèrement depuis 1998. En 2010, 11 277 interpellations pour usage-revente ont été enregistrées. Il s'agit de la deuxième cause d'interpellations, soit 7,2 % de toutes les interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants.

Les 10 889 interpellations pour trafic de drogues enregistrées en 2010 peuvent être divisées en deux catégories : interpellations pour trafic international et interpellations pour trafic local. Elles représentent près de 7 % de toutes les interpellations pour des infractions liées à la drogue.

Graphique 9-1 : Infractions à la législation sur les stupéfiants (1971 – 2010)



Source : FNAILS¹⁴⁵, OCRTIS

Substances impliquées dans les infractions à la législation sur les stupéfiants

En 2010, le cannabis reste la principale substance concernée par les interpellations pour des infractions liées à la drogue, quelles que soient les raisons de l'interpellation, avec 90,4 % des interpellations pour usage de drogue et 69,9 % des interpellations pour usage-revente et trafic de drogue.

¹⁴⁵ Voir liste des sources détaillées.

Tableau 9.1 : Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2010

	Usage	%	Usage/revente et trafic	%	Total	%
Cannabis	122439	90,4 %	15302	69,9 %	137741	87,5 %
Héroïne	7255	5,4 %	3382	15,4 %	10637	6,8 %
Cocaïne	3926	2,9 %	2452	11,2 %	6378	4,1 %
Crack	753	0,6 %	334	1,5 %	1087	0,7 %
Ecstasy	203	90,4 %	63	0,3 %	266	0,2 %
Médicaments			198			
(1)	376	5,4 %		0,9 %	574	0,4 %
Amphétamines	290	0,2 %	70	0,3 %	360	0,2 %
Champignons hallucinogènes	81	0,1 %	7	0,0 %	88	0,1 %
Autres drogues	704	0,5 %	86	0,4 %	790	0,5 %
(2)						
Total	135447	100,0 %	21894	100,0 %	157341	100,0 %

Source : OSIRIS, OCRTIS.

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, rohypnol®, autres

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

Après le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont les principales substances impliquées dans les interpellations liées à la drogue. Les interpellations pour usage d'héroïne sont plus fréquentes que celles pour usage de cocaïne (5,4 % contre 2,9 %) avec des chiffres identiques pour les interpellations pour usage-revente et trafic : les interpellations pour usage-revente/trafic d'héroïne (3 382 au total) représentaient 15,4 % de l'ensemble des interpellations, pour usage-revente et trafic alors que la cocaïne représentait 11,2 %.

Il faut signaler l'importance relative en France du nombre d'interpellations liées au détournement de médicaments (en particulier le Subutex® mais également des médicaments non spécifiés, utilisés sans ordonnance) et à l'usage de champignons hallucinogènes.

Données du ministère de la Justice : condamnations

Les statistiques relatives aux condamnations sont publiées avec un retard de deux ans. Les informations ci-dessous concernent donc l'année 2009 et ne sont pas officiellement considérées comme définitives [73].

Le nombre de condamnations pour ILS a plus que doublé entre 1990 et 2009 (passant de 20 428 à 46 603). Ce sont les condamnations pour usage de stupéfiants qui ont le plus progressé : leur nombre a triplé depuis 1990 mais la hausse est particulièrement marquée depuis 2004 (où elles étaient trois fois moins nombreuses qu'en 2009). Les condamnations pour usage de stupéfiants représentent désormais la moitié des condamnations en matière d'ILS contre environ un tiers dans les années 1990 et le début des années 2000. L'ensemble des autres condamnations pour ILS, visant la détention, l'offre, le commerce et le trafic délictuel, ont augmenté dès le début des années 2000 pour se stabiliser depuis 2004 [74].

Les condamnations pour infractions à la sécurité routière ont-elles aussi fortement augmenté au cours des deux dernières décennies (+ 58 %). Cette progression a été continue, même si elle s'est accélérée entre 2000 et 2009. Elle reflète notamment le renforcement de la lutte contre

l'alcool au volant (+ 36% depuis 1990) et l'introduction d'un délit de conduite sous l'influence de stupéfiants (depuis 2003).

La part des condamnations visant plus d'une infraction est nettement plus élevée pour les infractions en matière de stupéfiants (58 %) que pour les infractions de conduite en état alcoolique (16 %).

En 2009, 24 420 condamnations ont été prononcées pour usage simple (soit une augmentation de 25 % par rapport à l'année précédente). Avec plus de 50 % des condamnations, l'usage est devenu de loin le premier poste parmi les condamnations de délits liés à la drogue.

Données du ministère de la Justice : incarcérations

Le nombre de délinquants toxicomanes entrant en prison est resté stable au cours des 5 dernières années. En 2009, selon le FND (Fichier national des détenus), 11 823 délinquants toxicomanes ont été incarcérés.

9.2.2. Autres délits liés à la drogue

Conduite de véhicule après avoir consommé des stupéfiants (« Conduite sous l'emprise de stupéfiants ») : dépistage et condamnations en 2005-2006 [75]

La législation en vigueur

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont introduit le dépistage automatique des stupéfiants chez tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route entraînant un décès immédiat et le lancement d'une étude épidémiologique (réalisée entre octobre 2001 et 2003). La loi du 3 février 2003 a introduit une nouvelle infraction visant à sanctionner tout conducteur dont les analyses sanguines révélaient la présence de stupéfiants. Les conducteurs ayant commis cette infraction sont condamnés à 2 ans d'emprisonnement et à 4 500 € d'amende. Ces peines peuvent atteindre 3 ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende en cas de consommation d'alcool en plus de toute autre substance illicite.

La LOPPSI 2 (Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure) adoptée en février 2011 complète le dispositif législatif en définissant des orientations stratégiques de politique de sécurité intérieure pour les années 2009-2013. La loi généralise la peine complémentaire de confiscation du véhicule et la rend obligatoire dans certains cas, notamment pour les auteurs d'un délit commis en état de récidive après une précédente condamnation pour conduite sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants. La loi crée par ailleurs une peine complémentaire d'interdiction, pendant une durée de cinq ans au plus, de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif homologué d'anti-démarrage par éthylotest électronique en cas de conduite sous l'influence de l'alcool ou après usage de stupéfiants.

Depuis plusieurs années, une procédure spécifique de contrôle anti-drogue effectuée sur les routes a été mise en place : des appareils permettant de réaliser des tests salivaires pour le dépistage sur site des conducteurs suspectés d'avoir consommé des drogues sont autorisés

depuis 2005, mais ils ne sont réellement utilisés que depuis 2008¹⁴⁶. Jusqu'alors, la procédure de dépistage était réalisée avec des tests urinaires en bord de route, en présence d'un médecin. Cette procédure était considérée comme trop compliquée et trop coûteuse pour les résultats attendus. Depuis 2008, les conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogue sont dépistés à l'aide de tests salivaires conformes aux exigences de la législation française (notamment l'arrêté du 24 juillet 2008) : les tests Drugwipe® - bien que les rapports Rosita (RoadSide Testing Assessment) et Rosita 2¹⁴⁷ aient tous deux conclu que des améliorations devraient être apportées en matière de détection du cannabis et des benzodiazépines par ces tests. Le dépistage et les concentrations du seuil de détectabilité pour le THC, les drogues stimulantes de type amphétamines, la cocaïne et les opiacés dans la salive sont respectivement 15 ng/ml, 50 ng/ml, 10 ng/ml et 10 ng/ml de salive¹⁴⁸. Le nombre de cas de faux positifs est sensé être réduit par une analyse sanguine réalisée dans un cadre médical chaque fois que le test salivaire (réalisé en bordure de route) se révèle positif pour les conducteurs testés pour le cannabis, les drogues stimulantes de type amphétamines, la cocaïne et les opiacés.

En 2008, 52 000 kits ont été distribués aux forces de l'ordre à travers la France. Ce système en deux étapes est toujours en place.

Le dépistage (analyses sanguines ou tests urinaires s'il est impossible d'obtenir un échantillon de sang) est obligatoire dans tous les accidents entraînant un décès immédiat, ou dans les cas impliquant des préjudices corporels lorsque le conducteur est suspecté d'avoir consommé de la drogue. Le dépistage est également autorisé pour les conducteurs impliqués dans des accidents de la route ou qui commettent certaines infractions au code de la route, ou lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de les soupçonner d'avoir fait usage de stupéfiants (art. L235-2 du code de la route).

Le Comité interministériel de la sécurité routière a annoncé en février 2010 l'accroissement du nombre de tests salivaires pratiqués en bord de route. Les nouvelles mesures décidées pour 2010 ont permis de faire passer le nombre de contrôles de stupéfiants à près de 100 000 par an, notamment par l'augmentation de l'usage des tests salivaires (contre 10 000 en 2003).

Dépistage en 2009

Environ 63 500 contrôles de stupéfiants ont été réalisés en 2009, dont 34,6 % ont donné un résultat positif. Les statistiques du ministère de l'Intérieur ne précisent pas s'il s'agit uniquement de tests salivaires ou si ce chiffre inclut aussi les dépistages en laboratoire.

¹⁴⁶ Loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000235043&dateTexte=>); Loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière (<http://droit.org/jo/20030613/EQUX0200012L.html>); Comité interministériel de sécurité routière du 24 janvier 2005, promouvant le recours aux tests oraux de fluides réalisés sur le bord de la route et l'introduction systématique des tests salivaires (http://www2.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/DP_CISR_24-01-05.pdf); Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités de dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière (NOR SJSP0817087A).

¹⁴⁷ Gardons à l'esprit que les rapports Rosita ont été soumis à la Commission européenne en 2006. Leur objectif était de mettre en question la validité clinique des tests salivaires concernant la détection du cannabis. Le THC présent dans l'urine et le sang était détecté dans moins de la moitié des tests (46 %).

¹⁴⁸ Arrêté du 24 juillet 2008 : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/jopdf/2008/0730/joe_20080730_0044.pdf

Condamnations prononcées en 2008

Selon les chiffres les plus récents, le nombre de condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants a augmenté au cours des dernières années : 2 976 en 2005, 3 988 en 2006, 5 185 en 2007, 6 589 en 2008 (source : Casier judiciaire national).

En 2008, 6 589 condamnations ont été prononcées, soit une augmentation de 27 % par rapport à l'année précédente. Parmi ces condamnations, 42,2 % ont entraîné une peine de prison (dont seulement 15 % comprenaient une privation de liberté partielle ou totale incompressible) ; 42,2 % impliquaient également une amende et 15,6 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

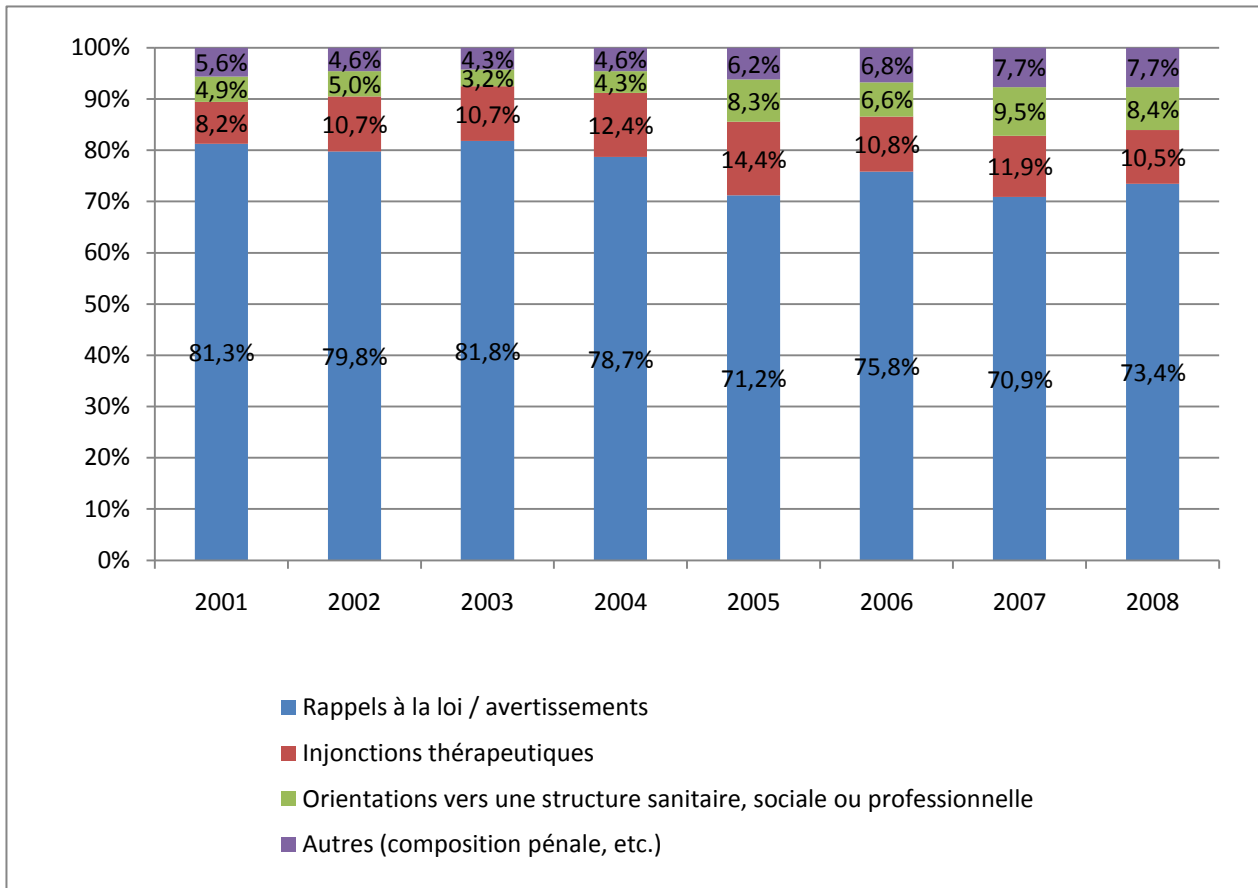
Les peines ont tendance à être moins sévères lorsqu'il s'agit de conduite sous l'influence de stupéfiants seuls ou de refus de coopérer. En revanche, elles sont plus sévères en cas de dommages corporels (8,4 peines sur 10 entraînent une peine de prison) et particulièrement en cas d'homicide, 45 % se soldent par une peine de prison incompressible, avec une durée moyenne de 9,6 mois par peine.[76]

9.3. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Le système pénal français dispose de plusieurs options quant aux soins ordonnés par le juge, certaines d'entre elles incluant un traitement quasi-obligatoire (libération conditionnelle avec une injonction de soins, sevrage obligatoire, rappel à la loi pouvant être associé à une obligation de soins). L'obligation de soins peut être utilisée comme alternative aux poursuites judiciaires (suspension des poursuites, obligation de dépistage et de soins [« injonction thérapeutique »]) ou à l'emprisonnement (comme alternative ou complément aux sanctions et aux procédures pénales existantes : obligations de soins ordonnées par le juge pour les délinquants toxicomanes dans le cadre d'une suspension de condamnation, intervention préalable au jugement, travaux d'intérêt général, déjudiciarisation, sursis).

L'observation des affaires pénales enregistrées en région parisienne (qui représentent 25 % du contentieux national en matière d'ILS) montre une augmentation du volume d'affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets au cours de la décennie 2000 : ce chiffre a presque doublé, passant de 10 261 à 17 353. Dans le même temps, la part des classements sans suite dans l'ensemble des décisions a chuté et la part des alternatives aux poursuites, à l'inverse, s'est renforcée. Rares jusqu'à la fin des années 1990, les alternatives aux poursuites représentent aujourd'hui 70 % des orientations prononcées en cas d'usage, tandis que la proportion de rappels à la loi a reculé [76].

Graphique 9-2 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2008



Source : données collectées auprès du Centre d'informations Cassiopée, ministère de la Justice (Paris et sa région, uniquement)

Les exemples les plus récents d'orientations sanitaires se trouvent dans les cliniques proposant des consultations sur le cannabis pour les jeunes usagers (« consultations jeunes consommateurs ») qui sont en place depuis 2004. Il a été démontré que 50 % des patients en ambulatoire reçus dans ces cliniques (dépistage, consultation et intervention brève) étaient envoyés par la justice, en particulier parmi les hommes et les jeunes adultes [77].

En plus de ces différentes options de traitement, l'éventail des alternatives aux poursuites proposé aux délinquants toxicomanes a été étendu depuis la loi du 5 mars 2007 et le décret du 16 avril 2008 (cf. chapitre 1). Les adultes et les mineurs arrêtés en possession de cannabis doivent se soumettre à un stage payant et obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Comme indiqué dans la circulaire du ministère de la Justice 08/11 du 9 mai 2008¹⁴⁹, toutes les personnes qui utilisent même des petites quantités de drogues illicites devront être condamnées à une mesure de ce type. L'objectif pédagogique de ces stages de formation obligatoires est d'informer les usagers sur les drogues, leur utilisation et leurs dangers, sur les politiques et lois en vigueur en matière de drogues ainsi que sur les conséquences de leur violation.

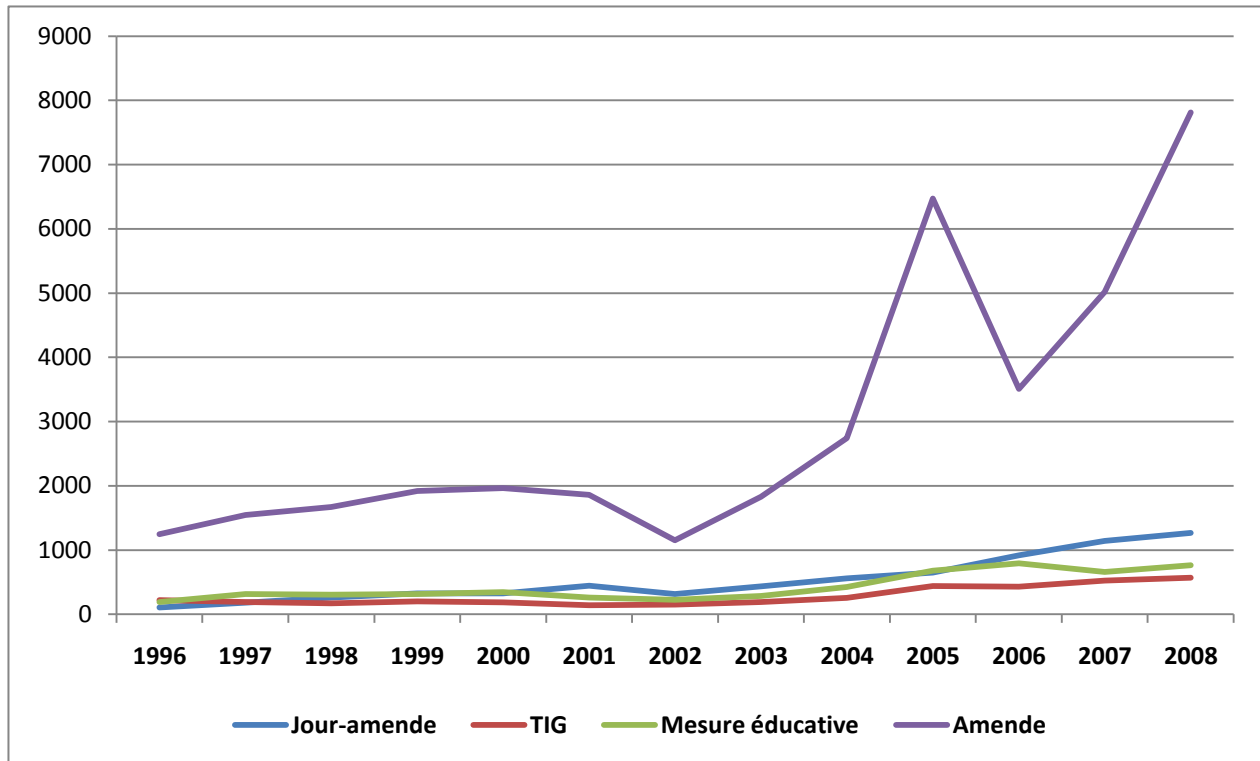
¹⁴⁹ Circulaire CRIM 08-11/G4-09.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR JUS D0811637C)

Selon les chiffres du ministère de la Justice, en 2008, environ 1 600 personnes ont été condamnées à suivre un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, dont 300 mineurs (soit moins de 20 %). Le ministère de la Justice a mis en place un système d'évaluation de la mise en œuvre des stages sur la première année, au cours des trois derniers trimestres 2008 et du premier trimestre 2009 (ministère de la Justice, 2009). La moitié des tribunaux (45,3 %) ont répondu (n=82) : les données disponibles, basées sur un échantillon de 27 175 cas impliquant un usage de drogues montrent que 9 % des peines prononcées par les tribunaux comprenaient la participation à des stages de sensibilisation aux drogues (n=2311, sur 42 des 82 tribunaux répondants) et 14 % relevaient de l'injonction thérapeutique (n=3815, sur 44 des 82 tribunaux répondants). 95 % de ces peines ont été proposées comme alternatives aux poursuites. De plus, 395 stages de sensibilisation aux drogues concernaient des usagers de drogue de moins de 18 ans (17 % des peines) et 1 916 impliquaient des usagers adultes. Quant aux obligations de dépistage et de soins, 467 concernaient des mineurs (12 %) et 3 348 des usagers adultes (88 %). L'enquête menée par le ministère de la Justice auprès des juridictions montre en outre qu'il existe des réponses très diversifiées d'une juridiction à l'autre : certains tribunaux sont très impliqués dans la mise en œuvre des injonctions thérapeutiques et des stages de sensibilisation, s'appuyant sur un réseau associatif dynamique, tandis que d'autres semblent réticents à mettre en œuvre ce nouveau dispositif.

9.4. Interventions dans le système pénal

Parallèlement à la procédure pénale, les personnes reconnues coupables d'infraction à la législation sur les stupéfiants (loi de 1970) peuvent bénéficier d'une alternative leur évitant une peine de prison ou une amende. Ces alternatives à l'emprisonnement peuvent prendre différentes formes : travaux d'intérêt général, peines en « jours-amendes » (expression qui correspond littéralement aux jours de prison réglés en amendes), ou d'autres types de peines. Bien que les données nationales sur ce sujet soient fragmentaires, elles montrent une augmentation du nombre et des proportions de ces mesures appliquées aux usages simples de drogues.

Graphique 9-3 : répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées contre les contrevenants à la loi sur les stupéfiants, 1996-2008



Données 2008 provisoires

Source : données provenant de l'Annuaire des statistiques du ministère de la Justice 2009

9.5. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison

Avec 61 604 détenus, pour 56 779 places opérationnelles, la France présente une densité carcérale de 108 détenus pour 100 places. La surpopulation est une des caractéristiques distinctives des prisons françaises, de même que les conditions de détention, régulièrement dénoncées par les instances internationales¹⁵⁰, qui contribuent à expliquer les difficultés d'accès aux soins. L'état de surpopulation varie considérablement entre la métropole et l'outre-mer, et surtout, entre types d'établissements : 96 % des détenus en surnombre se trouvent en maison d'arrêt, l'affectation des condamnés en établissement pour peine étant gérée par l'administration selon le principe du numerus clausus. Le phénomène de surpopulation concerne donc avant tout les maisons d'arrêt et les quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires, c'est-à-dire les établissements les plus nombreux, censés héberger une majorité de prévenus (en attente d'un jugement), et les condamnés à de courtes peines (dont le reliquat de peine n'excède pas un an).

Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions sont plus élevés en milieu carcéral qu'en milieu libre. La première étude épidémiologique d'envergure menée en 2003-2004 sur la santé

¹⁵⁰ Le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux détenus.

mentale en prison indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. [78]. L'étude montre en outre que près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. Les associations de troubles mentaux et addictifs sont fréquentes dans la population carcérale, essentiellement sous la forme de troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, chacune de ces associations concernant environ 1 détenu sur 5.

L'enquête sur la santé des entrants menée par la DREES en 2003 confirme la surreprésentation des addictions en milieu carcéral [79]. Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les stupéfiants¹⁵¹ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal dans la population générale.

Les détenus sont également davantage touchés par les maladies infectieuses que la population générale. Les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont en effet un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %), comme le montre l'enquête Coquelicot, à partir de données biologiques (INVS, CNAMTS, CTAFCES, 2005). Selon les sources, la prévalence du VIH en prison varie entre 1,1 % et 1,6 % et celle du VHC de 3,1 % à 7,1 %. L'enquête la plus représentative disponible à ce jour est celle de la DREES, réalisée dans la totalité des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires en 2003 : elle indique que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est de 1,1 %, 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC de 3,1 %, 4 à 5 fois supérieure qu'à l'extérieur [79]. En outre, 0,2 % des entrants se déclarent coïnfectés par le VIH et le VHC et 0,1% déclarent 3 séropositivités (VIH, VHC, VHB).

Selon les premiers résultats (non publiés) de l'enquête PREVACAR [80] (DGS/InVS), 2 % des détenus seraient infectés par le VIH, soit moins de 1 220 personnes détenues, les 3/4 à un stade d'immunodépression (CD4 inférieurs à 350). La prévalence du VIH est comparable chez les hommes et chez les femmes (2,5 % vs 2,0 %). Les détenus VIH+ se caractérisent par un diagnostic ancien (9 ans en moyenne), une découverte du VIH en cours d'incarcération dans 1 cas sur 4 et un tiers d'entre eux sont au stade SIDA. Par ailleurs, 72 % des détenus VIH+ sont sous traitement. De plus, 4,8 % des détenus seraient infectés par le VHC (soit moins de 3 000 personnes détenues), plus souvent chez les femmes : 11,8 % vs 4,5 % des détenus masculins, l'usage de drogues étant le mode de contamination le plus fréquent (70 %).

Des chiffres plus anciens ont montré que les risques de transmission virale sont d'autant plus élevés dans le contexte carcéral que les injecteurs ont davantage tendance à partager leur matériel [81]. Ainsi, parmi les 43 % d'usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant l'incarcération qui continuent à s'injecter en prison, 21 % déclarent partager leur matériel [82]. Si la prison est un lieu de haute prévalence du VIH et des hépatites virales, principalement du fait de la forte proportion des usagers de drogues par voie intraveineuse, c'est aussi un lieu

¹⁵¹ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'Administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

générateur de pratiques à risque : 13 % à 23 % des injecteurs de drogues incarcérés ont démarré l'injection en prison [82]. Par ailleurs, toutes les personnes atteintes du VIH ou du VHC ne connaissent pas leur statut sérologique à l'entrée en prison : 40 % seulement ont déjà eu un test de dépistage du VIH, 27 % du VHC et 31 % du VHB [79].

L'usage de stupéfiants, qu'il soit initié ou poursuivi en prison, a une influence majeure sur l'état de santé des individus concernés, à savoir des abcès importants et des risques d'accidents lorsque les médicaments sont associés à d'autres substances, des syndromes de sevrage graves et plus longs, en plus de l'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques. En termes de santé et de conséquences sociales de la toxicomanie, les détenus constituent également une population plus susceptible de combiner des facteurs de risque. Le faible niveau d'accès au traitement et plus généralement les situations de précarité et d'exclusion auxquelles il est confronté avant l'incarcération (y compris l'absence d'un domicile stable ou d'une couverture sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence de la consommation à « haut risque » chez les nouveaux détenus.

9.5.1. Marché des drogues illicites en prison

Si les drogues illicites circulent bien dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. Une chape de silence, soulevée parfois à la faveur de quelques faits divers rapportés dans la presse ou les médias¹⁵², recouvre ce problème sur lequel visiblement l'Administration pénitentiaire est très réticente à communiquer. En France, les quelques données officielles dont on dispose en la matière remonte à 1996 et au rapport remis au garde des Sceaux, *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison*, par Jean-Paul Jean [83], à l'époque inspecteur des services pénitentiaires. Ce document permettait de mesurer l'étendue du phénomène du trafic de drogues en prison puisqu'il révélait que celui-ci affectait 75 % des établissements pénitentiaires français. Dans 80 % des cas, la substance illicite saisie était le cannabis, dans 6 % il s'agissait de médicaments et le reste concernait l'héroïne et d'autres drogues¹⁵³.

Quinze ans plus tard, un certain nombre d'éléments permettent de penser que la situation n'a que peu évolué et que le cannabis demeure la première substance à faire l'objet d'un trafic. Plus que jamais même, pourrait-on dire, puisque depuis l'introduction en prison des traitements de substitution aux opiacés en 1996, il est raisonnable de penser, qu'à l'instar de ce qui s'est passé pour les usagers de drogues en général, que la demande d'héroïne a dû nettement fléchir. Cependant, à l'instar de qui se passe en milieu ouvert, la dispensation de buprénorphine haut dosage donne lieu, dans certains établissements, à des trafics de comprimés, très recherchés pour leurs vertus sédatives.

¹⁵² Dernier « scandale » en date, le reportage de chaîne publique France 2, diffusé en avril 2009 dans le cadre de l'émission « Envoyé spécial » sur la vie quotidienne à la prison de Fleury-Mérogis dont l'originalité résidait dans le fait que le documentaire était fondé sur le travail de deux détenus qui avaient réussi à filmer, grâce à deux caméras introduites clandestinement, certains aspects de la condition carcérale telle qu'elle va en France actuellement. Le « reportage » montrait notamment l'importance des trafics et des consommations de cannabis, de cocaïne et de Subutex® dans la plus grande prison d'Europe.

¹⁵³ Voir l'entrée « Prison », Dictionnaire des drogues et des dépendances, *op. cit.* 84. Richard, D., J.L. Senon, and M. Valler, *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. 2004, Paris: Larousse. 626 p.

Si le cannabis est le produit illicite qui circule le plus au sein des prisons françaises, il semble que l'on assiste de plus en plus à l'augmentation des trafics de chlorhydrate de cocaïne. Ce phénomène est logique et ne fait finalement que refléter ce qui se passe dans le reste de la société avec l'augmentation conséquente de la consommation que l'on peut constater en France depuis quinze ans, consommation portée par une offre, elle-même de plus en plus importante. Quoi qu'il en soit, il existe bel et bien aujourd'hui une demande pour la cocaïne en prison. L'enquête de la DREES, menée sur les consommations de substances psychotropes des *entrants* en prison, montraient qu'entre 1995 et 2003, la proportion des usagers consommateurs de cocaïne sous forme chlorhydrate ou basée (crack) avait fortement augmenté [79]. De plus l'on sait grâce aux enquêtes épidémiologiques menées auprès des structures de bas seuil, les CAARUD, que l'usage s'est fortement développé dans les milieux des toxicomanes les plus marginalisés, dont une proportion significative, rappelons-le, passe par les prisons, puisque la cocaïne a détrôné l'héroïne en tant que produit le plus consommé dans le mois précédant l'enquête [31].

En matière d'offre, le fait que la route de la cocaïne qui mène au grand marché européen tende à passer de plus en plus par l'Afrique de l'ouest et le Maghreb, et donc à épouser de plus en plus les routes de la résine de cannabis [85], favorise de plus en plus l'intégration de cette substance à la palette des produits vendus par les dealers de cité très présents dans les prisons. La forte présence de détenus impliqués dans des affaires de trafics de stupéfiants – et notamment de résine de cannabis importée du Maroc – et qui continuent par les relations qu'ils maintiennent à l'extérieur des établissements pénitentiaires à introduire du cannabis, et dans une moindre mesure de la cocaïne, dans les prisons contribue en effet au développement de l'usage de ces deux substances. Ces réseaux sont en général animés par des caïds d'origine maghrébine qui reconstituent dans l'univers carcéral les organisations qui étaient à l'œuvre notamment dans les cités périphériques des grandes agglomérations. S'il est difficile de mesurer le phénomène, compte tenu de l'absence de données en la matière, il n'en demeure pas moins qu'il semble extrêmement présent, notamment dans les établissements pénitentiaires situés à proximité des grandes agglomérations urbaines, où la population incarcérée pour infraction à la législation sur les stupéfiants peut atteindre 40 % à 50 % des effectifs de la prison.

Le témoignage d'un directeur de prison, interrogé par le sociologue Farhad Khosrokhavar au cours de son enquête sur « *L'islam dans les prisons* » [86] est à cet égard très instructif :

« Il existe un phénomène très prégnant dans cette prison : c'est la toxicomanie. Cela a des conséquences au niveau psychologique, et il faut des postures spécifiques de la part du personnel. Ici, beaucoup de détenus sont des jeunes [de banlieue], la délinquance est compacte. Les réseaux de la ville se reconstituent à l'intérieur, alors que ce n'est pas toléré. On réprime, on informe le parquet, etc. Ce n'est pas quelque chose que l'on admet [...] Le 10 août, deux détenus se sont fait la belle, ce qui a entraîné un resserrement de vis dans la circulation au sein de la prison. Cela a du coup empêché le traficotage et l'ambiance s'est détériorée. La drogue circule, on le sait, on tente d'y remédier. Quand il y a des tensions avec des détenus on sent les choses. Il faut trouver un équilibre entre la répression et le laissez-faire. Mais je n'ai pas les moyens de faire mieux pour lutter contre ces comportements. Et trop de répression transforme la prison en cocotte-minute. »

À la lumière de ce témoignage, qui semble représentatif de la situation en matière de trafics illicites qui prévaut dans les centres pénitentiaires situés à proximité des grandes zones urbanisées, l'on s'aperçoit qu'il en va des prisons comme du reste de la société : le trafic existe, les trafiquants et les lieux sont connus et la politique publique navigue à vue entre répression et tolérance afin de ne pas favoriser les explosions sociales intempestives, le trafic et la

consommation de drogues semblant permettre une régulation sociale et garantir une situation de paix civile.

Quoi qu'il en soit, s'il n'existe pas dans les prisons françaises, à l'instar de qui se passe dans pays comme le Brésil où le Mexique, des organisations criminelles qui ont pris le contrôle effectif de certaines prisons, en s'appuyant sur leur faculté d'intimidation et de corruption de l'administration pénitentiaire, il n'en reste pas moins que des réseaux hiérarchisés existent, où tout en haut règne une caste d'individus, non consommateurs de drogues en général, sur une masse d'usagers dépendants qui se sont retrouvés en prison pour des affaires d'usage-revente de drogues ou de délits connexes.

Le développement des nouvelles technologies de l'information, sous la forme notamment de téléphones cellulaires dont le trafic en prison donne lieu à un business intense, permet de piloter de la cellule de prison le réseau opérant à l'extérieur et d'alimenter la prison en flux tendus en fonction des besoins des détenus¹⁵⁴.

9.6. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons

Des données récurrentes mettent en exergue les difficultés d'offrir aux détenus des soins personnalisés dans un contexte de surpopulation carcérale.

Tous les détenus passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral, effectuée par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses. Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques (RDR), désormais inscrite dans la loi¹⁵⁵, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996¹⁵⁶. La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : un détenu substitué doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, plus particulièrement à base de buprénorphine haut dosage (BHD). Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire pour la méthadone¹⁵⁷.

En dehors de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH : conformément aux recommandations du rapport Gentilini [87], la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, a été généralisée en prison, afin de nettoyer tout matériel en

¹⁵⁵ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique. Cette loi propose une définition officielle de la politique de réduction des risques (« la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », art. L. 3121-4) et impute la responsabilité de définir cette politique à l'Etat (art. L. 3121-3).

¹⁵⁶ Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994 (Coppel, 2002 ; Bergeron, 1999), la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1996 pour le milieu carcéral : 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 ; circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

¹⁵⁷ Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.

contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis le 15 décembre 1997 et, depuis 2001, l'administration invite les personnels sanitaires à informer les détenus des modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. Le dispositif légal mis en place par la circulaire du 5 décembre 1996 pour lutter contre la propagation du VIH prévoit également la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) : les détenus peuvent les conserver sur eux ou en cellule. Un accès à une prophylaxie antirétrovirale lors d'accidents d'exposition au sang est également prévu pour les personnels sanitaires, pénitentiaires ainsi que les détenus. Ainsi, pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seule possibilité actuelle de se protéger du risque de contracter le sida, en dehors d'avoir recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition et aux préservatifs et lubrifiants en cas de relations sexuelles, consiste à désinfecter les seringues à l'eau de Javel. Ces mesures de nettoyage du matériel d'injection à l'eau de Javel ont prouvé qu'elles étaient efficaces pour l'éradication du VIH : il est en revanche établi qu'elles ne sont pas suffisamment efficaces pour combattre le virus de l'hépatite C [88]. En milieu libre, les messages sur la désinfection à l'eau de Javel ont d'ailleurs été largement abandonnés, au profit de messages sur l'absence de réutilisation du matériel d'injection (« A chaque injection, du matériel neuf »).

Contrairement au milieu libre, l'accompagnement des usagers de drogues est limité en milieu pénitentiaire (counselling, éducation par les pairs, soins de santé primaires) et l'accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, cupules stériles, seringues), pourtant autorisé en milieu libre depuis 1989, est absent de tous les établissements pénitentiaires. Il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison.

En dépit des recommandations répétées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993, les usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient donc pas, en France, d'un accès au matériel stérile d'injection. Le principe d'équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre inscrit dans la loi du 18 janvier 1994 n'est donc pas strictement appliqué en France. Différents plans d'action visent cependant l'objectif d'améliorer l'accès aux soins. Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus prévoit ainsi d'agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et de rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Il vise notamment la mise en place de mesures de RDR adaptées et applicables en détention pour pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibroscan® en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). Les orientations de ce plan vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du dernier plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012¹⁵⁸ qui définit un cadre d'intervention général pour le milieu carcéral, se limitant à réaffirmer l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice du 9 août 2001. Le Plan de prise en charge et

¹⁵⁸ Comité stratégique du plan national hépatites virales, Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012, janvier 2009, p. 17 (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf)

prévention des addictions 2007-2011¹⁵⁹ n'a, quant à lui, pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral.

9.6.1. Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés)

Entre 8 % et 9 % des détenus bénéficient d'un traitement de substitution, ce qui représente environ 5 000 personnes sous TSO en milieu carcéral [89]. À leur arrivée en prison, 7 % des détenus déclarent avoir un traitement de substitution en cours, dont 8 fois sur 10 par buprénorphine haut dosage (comme en population générale) [79]. À l'inverse, un tiers des TSO sont initiés pendant l'incarcération (31 %), comme le confirment les résultats de l'enquête PREVACAR menée en 2010.

La prédominance de la BHD au sein des TSO, par rapport à la méthadone, apparaît moins marquée en détention qu'en population générale : 68,5 % BHD vs 80 % en milieu libre. Ce chiffre diminue pendant l'incarcération car les traitements ne sont pas systématiquement poursuivis, malgré les préconisations de la loi du 18 janvier 1994. Les interruptions de traitement, indice de l'importance prêtée à la continuité des soins en prison, concernent ainsi environ un détenu sur dix, même si ce chiffre a baissé entre 1998 et 2004 (cf. Selected Issue 2011).

Si, dans neuf cas sur dix, le traitement de substitution est poursuivi à l'entrée en prison, l'enjeu d'une prise en charge cohérente des dépendances aux opiacés consiste à rendre accessibles en prison l'ensemble des traitements disponibles en milieu libre. Au cours des dernières années, le nombre total de détenus sous traitement de substitution a augmenté et le nombre de services médicaux refusant de prescrire des TSO baissé¹⁶⁰. Néanmoins, l'accessibilité à ces traitements demeure disparate. Il reste encore en France un « noyau dur » d'établissements qui déclarent ne pas initier de TSO¹⁶¹ [91] ; [35], [92], tandis que d'autres recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution) [93]. Dans l'inventaire PRI2DE réalisé en 2010 [80], 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la buprénorphine haut dosage, essentiellement dans l'objectif de limiter son détournement. Par ailleurs, les posologies de méthadone étaient plafonnées dans 17 % des établissements alors qu'aucune limitation posologique n'est prévue dans l'AMM. Malgré les circulaires ministérielles et les recommandations de pratique clinique répétées, l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, alors même qu'il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est

¹⁵⁹ Commission addiction, Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, novembre 2006 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf)

¹⁶⁰ Entre 1998 et 2004, le nombre de détenus sous traitement de substitution a augmenté plus rapidement encore que la population incarcérée. La population pénale sous substitution est ainsi passée de 2% en 1998 à 6,6% en 2004. Parallèlement, la part des services médicaux (UCSA, SMPR ou CSST) ne pratiquant pas la substitution a diminué (cf. tableau 3).

¹⁶¹ En 2004, 9 établissements pénitentiaires, représentant 20 % de la population carcérale, prescrivait à eux seuls un tiers des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assurant plus de 10 %. Les éditions successives de l'enquête ont montré qu'il persistait des établissements pénitentiaires où aucun traitement de substitution n'était prescrit, même si leur nombre était en baisse, et que certains établissements ne pratiquaient les TSO que sous forme de méthadone. Des études qualitatives complémentaires ont corroboré ces éléments en montrant l'application, dans certains sites, de quotas pour les traitements de substitution, de critères pour être substitué (durée estimée de la peine par exemple) ou de modalités d'administration ne correspondant pas aux bonnes règles de prescription : Subutex® pilé ou dilué avant d'être administré, par exemple 90. Delfraissy, J.-F., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts* J.-F. Delfraissy, Editor. 2002, Flammarion: Paris.

plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution [94] ; [95].

L'enquête PREVACAR permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de soins, notamment en matière de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 145 établissements pénitentiaires, cette enquête bénéficie d'un taux de participation de 86 %, représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Concernant l'offre en matière de TSO, elle montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA ont eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Ces données concordent avec les données recueillies dans l'enquête Coquelicot qui mettaient en évidence que 12 % des usagers de drogues avaient eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie [37, 96].

Si l'on ne connaît pas la part des détenus initiés aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initialisations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement¹⁶². Par ailleurs, depuis le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, les pouvoirs publics visent l'objectif d'améliorer l'accès aux TSO par méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Cet objectif, affirmé dans une circulaire du ministère de la santé du 30 janvier 2002, a été évalué par l'OFDT (Obradovic, Canarelli, 2008). L'enquête menée auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, vs 22 % en 2004 [97] ; DGS/DHOS, Ministère de la Santé, 2004), si bien qu'ils représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable (2/3 de détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et 1/3 par méthadone) [89]. L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70 % des établissements interrogés déclaraient au moins une primoprescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire PRI2DE déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution [89]. L'évaluation de l'OFDT a également montré que, si les règles d'organisation de la prescription étaient hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi différaient

¹⁶² Si la buprénorphine haut dosage est le principal traitement prescrit en ville (Canarelli, Coquelin, 2009), elle est, en milieu carcéral, « relativement facile à détourner de son indication » (Pradier, 1999), outre le fait qu'elle peut être « injectée » ou « sniffée ». Le mode de dispensation de la méthadone (sous forme de solution buvable à ingérer quotidiennement au centre médical sous les yeux du personnel soignant) ne se prêtant pas à ce genre de manipulation, le Ministère de la santé a autorisé en 2002 la primoprescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les SMPR.

peu d'un établissement à l'autre¹⁶³. Il apparaît en outre qu'environ 8 % des établissements privilégient une stratégie de sevrage et près de 10 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone [97], le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés [100]. La structure de l'offre de TSO accessibles en milieu carcéral a donc évolué au cours des dix dernières années : bien que la BHD (Subutex®) reste prédominante parmi les traitements poursuivis en prison, la part de la méthadone est en hausse, tout particulièrement depuis la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant aux médecins la possibilité de prescrire la méthadone en première intention : en 2004, 30 % des initialisations effectuées étaient à base de méthadone (contre 12 % à la veille de la circulaire).

9.6.2. Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue

Les stratégies de réduction des risques sont destinées à réduire les dommages, très souvent en modifiant les comportements d'usage et les effets de l'usage des drogues (acquisition, usage et sevrage). Plusieurs documents stratégiques (plan gouvernemental 2008-2011, Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus) abordent les problèmes publics rencontrés dans les trois niveaux des dommages liés aux drogues :

- Les dommages dus à l'acquisition des drogues peuvent être associés aux risques d'être exposé à des situations à hauts risques, comme la délinquance (soit en étant exposé, soit en commettant des délits comme la vente de drogue, le vol, etc.).
- Les dommages associés à la drogue utilisée, à la quantité consommée et à au mode d'administration, générant des effets pharmacologiques et des conséquences sur la santé de l'individu (par exemple, l'injection de drogues peut entraîner des problèmes veineux, des abcès, des dégradations cutanées, le VIH et d'autres maladies infectieuses lors du partage des seringues et matériels d'injection et, bien sûr, le risque d'overdose).
- Les dommages dus au syndrome de manque suite au sevrage des drogues, associés aux effets de la diminution ou de l'arrêt des drogues qui peuvent perturber le travail et le fonctionnement social de l'individu.

¹⁶³ Dans près de deux tiers des cas, la prescription de méthadone est partagée ou déléguée à un autre service que l'UCSA, service pourtant désigné comme compétent dans les textes (l'UCSA n'exerçant sa mission que dans un tiers des cas). Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone sont, à l'inverse, très homogènes : majoritairement, la délivrance est quotidienne ; elle a lieu dans un local de soins (délivrance en cellule dans moins de 10% des établissements) et en général sous contrôle médical ou infirmier (sauf cas rares de remise du traitement au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 mg/jour et 76 mg/jour (minimum/maximum), ce qui traduit une bonne application des indications thérapeutiques incitant à la prudence : 60% des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). A l'inverse, un quart des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients 98.

Maremmani, I. and et al., *Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity*. Journal of Addictive Diseases, 2000. vol. 19(2): p. 29-41. ; 99. Leavitt, S.B., et al., *When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose*. The Mount Sinai Journal of Medicine, 2000. vol. 67(n° 5 & 6): p. 404-411..

- En termes de prévention, les détenus ont un accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques [92]. De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH [101], et très faible pour celle du VHC [102]. En effet, la prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1 % pour le VIH, voisine de 3 % pour le VHB et de 7% pour le VHC [103]. Par ailleurs, les pratiques d'injection sont avérées en détention [92] et le partage du matériel concerne un à trois détenus usagers de drogues sur cinq [104] ; Jauffret-Roustide et al, 2006 et 2009), ces populations étant par ailleurs souvent porteuses du VIH et du VHC. Toutefois, les usagers de drogues en détention ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES) (Conseil national du sida, 2009 et 2011).

9.6.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses

- Les maladies infectieuses sont plus répandues chez les détenus qu'en population générale. La prévalence du VIH dans la population carcérale est 3 à 4 fois plus élevée qu'en population générale et celle de l'hépatite C 4 à 5 fois plus élevée.
- Les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. À leur arrivée en prison, tous les détenus passent par une consultation médicale réalisée par l'UCSA, avec dépistage de la tuberculose, un test volontaire et gratuit du VIH et, plus récemment, le dépistage de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 institutions pénitentiaires (ce sont en général des prisons plus grandes), alors que les UCSA s'occupent des soins somatiques. Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a fixé un objectif consistant à « favoriser la prise en charge et la continuité des soins des usagers de drogues et d'alcool incarcérés en vue de réduire les risques associés et de prévenir la récurrence », considérant que les moyens du dispositif actuel sont insuffisants pour assurer la prise en charge de ces problèmes. Il propose ainsi de confier par modification réglementaire le pilotage de la prise en charge des addictions aux unités hospitalières en milieu carcéral, les UCSA, et de définir des objectifs à atteindre en terme de soins aux personnes dépendantes et accroître les moyens financiers de ces services. Il en appelle également à la mise en place d'un « véritable plan addictions prisons », comportant notamment la mise en place de consultations d'hépatologie avec mise à disposition de Fibroscan®, la formation des professionnels de santé aux addictions et aux hépatites, une information des usagers sur l'hépatite C.

En termes d'information et de prévention, l'enquête PREVACAR menée en 2010 montre que les trois quarts des UCSA réalisent des actions d'information et de prévention sur la santé auprès des détenus mais seulement un tiers en ont réalisé une au cours des 6 derniers mois. L'enquête a aussi montré que la pratique du dépistage des maladies infectieuses a progressé au cours de la dernière décennie : le dépistage des 3 virus (VIH, VHC, VHB) est quasi-systématique en prison : 93 % des UCSA garantissent ce dépistage mais seulement une UCSA sur deux renouvelle la proposition de dépistage. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des UCSA (52 %) proposent une consultation spécialisée VIH, surtout dans les plus gros établissements

pénitentiaires Une proportion un peu plus importante des UCSA met à disposition des détenus une consultation spécialisée hépatologie (57%). En termes de prise en charge du VHC en prison, une recherche ARN VHC + contrôle VHC + Elisa est pratiquée dans 50 % des UCSA.

9.6.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des détenus sous traitement de substitution [105] ; [106] ; [107]). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la Maison d'arrêt de Fresnes, le risque de décès par overdose chez l'ancien détenu serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme et al., 2001 ; Verger et al., 2003). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. Par exemple, le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour aider les professionnels récapitule très précisément les conditions de prise en charge sanitaire des détenus aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie ». Théoriquement donc, lors de la libération, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou Subutex®, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation. Cela nécessite que l'UCSA ou le SMPR soit informé à l'avance de la libération par le greffe de l'établissement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être pris en charge à sa sortie, le patient doit connaître un prescripteur identifié et prévenu à l'extérieur, auquel il pourra être adressé pour son suivi médical et/ou psychiatrique : il peut s'agir d'une structure spécialisée (CSAPA), d'une structure hospitalière ou d'un médecin généraliste (appartenant de préférence à un réseau avec lequel un contact aura été préalablement établi). Pour favoriser ce relais, des rencontres doivent donc être organisées et des contacts pris pendant la détention – ce qui s'avère souvent complexe, en pratique – car l'admission dans un CSAPA ou dans un centre de postcure se fait sur prescription médicale. La personne détenue qui souhaite bénéficier d'un tel suivi à sa sortie doit par ailleurs en faire la demande auprès des médecins de l'UCSA ou du SMPR. Le SPIP et les personnels de l'UCSA ou du SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des possibilités de prise en charge à la sortie.

Compte tenu de ces pré-requis complexes à garantir en milieu fermé, en pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. L'évaluation de la primoprescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007 les professionnels des UCSA jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation postpénale vers un CSAPA extérieur, les orientations vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière (Obradovic, Canarelli,

2008). Plus récemment, l'enquête PREVACAR menée en 2010 a montré que seules 52 % des UCSA ont mis en place une procédure formalisée de continuité des soins à la sortie de prison.

Conformément aux orientations du Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies un guide de bonnes pratiques professionnelles (concernant en particulier les traitements de substitution aux opiacés) est en cours d'élaboration sous l'égide de la MILDT.

9.7. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison

Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a également prévu de créer des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures existantes, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison, pointant « un besoin majeur de lieux d'hébergement à la sortie de prison ». Ce programme n'a pas encore été évalué.

10. Marché des drogues

10.1. Introduction

L'appréhension de l'état du marché des drogues illicites passe par l'évaluation de la *disponibilité* et de l'*accessibilité* d'une substance donnée, par l'évolution des quantités saisies, ainsi que l'analyse de l'évolution de son prix de détail.

Enfin, le suivi de l'offre implique également la surveillance de la composition (taux de pureté, produit de coupage) des produits en circulation.

Disponibilité, accessibilité

La *disponibilité* peut se définir comme la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Elle est dite « perçue » dans la mesure où elle est appréciée par des observateurs dits « sentinelles » dédiés à cette fonction.

L'*accessibilité* désigne le degré d'effort à soutenir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être en effet disponible mais peu accessible. Il existe plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance, les lieux (public/privé), la plage horaire (nuit/jour), le type réseau.

La principale source d'information sur ce champ est constituée par le dispositif d'observation pérenne Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), qui recueille depuis 1999 des informations principalement qualitatives (accessibilité, disponibilité, prix), auprès des usagers et des différents acteurs de la prévention, du soin ou de la répression. Il se concentre sur deux espaces d'observation : l'espace urbain et l'espace festif. Le premier comprend les lieux fréquentés par les usagers actifs de drogues (squats, rue, structures de bas seuil, zones de transit...); le second désigne les événements ou établissements festifs relevant surtout de la culture techno, alternatif (teknival, free-party, etc.) ou commercial (clubs).

Le dispositif d'analyse des produits, le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES), partie intégrante de TREND, apporte, dans ce cadre, des informations sur la circulation de produits rares ou émergents.

Les enquêtes en population générale sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites peuvent apporter des données sur les produits les plus répandus.

Saisies et structuration des trafics

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

En France, trois grands types de réseaux d'offre de substances illicites peuvent être distingués :

- les réseaux liés au grand banditisme que l'on retrouve le plus souvent au stade de la vente en gros et en semi gros ;
- les réseaux de détaillants structurés selon une division du travail rigoureuse responsable/revendeur/rabatteur/guetteur ;
- les micro-réseaux d'usagers-revendeurs.

La principale source d'information est constituée par les données des services répressifs (police, douane, gendarmerie), produites et publiées annuellement sous la responsabilité de l'OCRTIS, sous forme de rapport. Celui-ci comprend notamment les quantités saisies de drogues illicites sur le territoire français, le nombre d'interpellations (usage, usage-revente, trafic) liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants, les prix ainsi que des éléments de connaissance sur la structuration des réseaux de trafics.

En outre, le dispositif TREND fournit des informations qualitatives sur les modes d'accès aux produits et sur le micro-traffic.

Prix

Deux dispositifs permettent de recueillir les prix de vente des produits illicites à l'unité :

- Le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les structures de bas seuil et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif dans lesquels pour chaque substance (illicite ou médicaments détournés) considérée est demandé le prix au détail et une estimation du prix le plus bas, le plus cher et du prix courant.
- Une enquête périodique de l'OCRTIS, à partir des données collectées dans 69 sites répartis sur le territoire de la France métropolitaine, qui relève les prix médians de semi gros et de détail des substances illicites.

Composition et pureté des produits

La composition d'un produit est l'ensemble des substances présentes dans un échantillon de ce produit.

La pureté ou teneur est le pourcentage du produit psychoactif présent.

Le produit comporte également des produits de coupe ou adjuvants. Ces termes désignent toute substance ajoutée au produit principal. Elles peuvent être pharmacologiquement actives ou non.

La limite de détection est la quantité minimale d'une substance permettant son identification dans un échantillon.

La limite de quantification est la quantité minimale d'une substance permettant son dosage dans un échantillon.

Deux sources d'information complémentaires sont utilisées par l'OFDT pour documenter la composition des produits en circulation :

- les analyses de produits issus des saisies des services répressifs. Ces données sont transmises par les laboratoires des services répressifs et regroupées dans le rapport de l'OCRTIS ;
- les analyses issues des collectes auprès d'usagers de drogues dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT

Les analyses des saisies

Les analyses des saisies par les laboratoires répressifs constituent la source principale d'information sur la composition des produits illicites en France. Le rapport annuel de l'OCRTIS synthétise toutes les données sur la composition des substances illicites saisies et analysées par l'ensemble des services répressifs (douanes, police et gendarmerie) au cours de l'année sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit de l'ensemble des résultats d'analyse des saisies sans tenir compte du volume de chaque saisie, à l'exception de la cocaïne, dont les saisies aéroportuaires sont distinguées des saisies de rue. Par contre, toutes les saisies ne sont pas analysées.

La substance psychoactive principale est dosée ; les autres substances, à part quelques cas, sont uniquement identifiées.

L'échange d'information entre l'Early Warning System (EWS) et le dispositif SINTES, dont il est le correspondant national, permet également l'identification de nouvelles molécules.

Le dispositif SINTES est enfin aussi en relation avec les laboratoires des services répressifs (douanes, gendarmerie et police) par une convention qui officialise les échanges d'informations sur les produits circulant. Sur demande ponctuelle de l'OFDT, ces services fournissent des informations sur la nature et la composition de produits issus de saisies récentes ou faisant l'objet d'une attention particulière de la part de l'OFDT et/ou de l'OEDT.

Le dispositif SINTES

Le dispositif SINTES repose sur le principe de la collecte d'échantillons illicites réalisée directement auprès des usagers de drogues. Les produits collectés sont envoyés à un laboratoire d'analyse toxicologique qui en déterminera la composition. Parallèlement, un questionnaire est soumis à l'utilisateur sur le contexte de consommation du produit et sur son prix d'achat. Cela permet de lier directement le prix et la pureté d'un produit donné. Il comporte deux volets :

- Le volet *observation* propose un éclairage annuel sur la composition d'un produit illicite particulier. (2006, cocaïne ; 2007-2008, héroïne ; 2009, produits de synthèses ; 2011, héroïne). Le dispositif SINTES-observation s'appuie en grande partie sur le réseau national TREND, lui-même coiffant sept coordinations régionales. Chaque collecteur est choisi et formé selon ses réseaux et ses compétences par le coordinateur régional sous la responsabilité de l'OFDT qui le munira d'une carte de collecte. Chaque année, environ 350 à 450 échantillons du produit faisant l'objet de l'étude sont collectés auprès d'autant d'usagers différents. C'est donc le volet principal du dispositif SINTES pour renseigner sur la composition d'un produit au plan national sur une année.
- Le volet *veille* s'inscrit plus particulièrement dans le système d'alerte sanitaire. Tout professionnel travaillant auprès des usagers peut demander à l'OFDT une autorisation

de collecter un produit illicite, à condition que celui-ci ait occasionné des effets indésirables inhabituels chez un usager ou bien qu'il présente un caractère de nouveauté. Le nombre annuel de collecte se situe en général entre 60 et 100. Les apports de ce volet sont donc uniquement l'identification de molécules circulant depuis peu et de renseigner ponctuellement sur la composition de certaines molécules à un moment précis et dans un endroit donné.

Tous les produits pharmacologiquement actifs sont identifiés, à conditions qu'ils soient présents dans la base de données du laboratoire. Par contre, seule la substance psychoactive principale est dosée, sauf demande contraire.

10.2. Disponibilité et offre

10.2.1. Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité

Cannabis

Le cannabis est le premier produit stupéfiant par l'usage en France. Du fait de la solide implantation sur le territoire français des réseaux qui l'importent soit directement du Maroc soit indirectement d'Espagne, la résine de cannabis demeure très disponible, quels que soient les aléas qui peuvent survenir sur certains marchés locaux. On constate cependant, en France et dans le reste du continent européen, un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible. En effet, il semble qu'il y ait eu moins de périodes de pénurie (décrites les autres années) en 2010. Toutefois, la qualité du produit dépend sensiblement du réseau auquel l'utilisateur a accès. L'autoculture pour sa propre consommation se développe en France comme ailleurs. On a également vu apparaître en France cette année, la culture semi-industrielle.

Héroïne

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate, dite blanche, et la forme base, dite brune. La première forme est extrêmement minoritaire sur les marchés parallèles et ne circule que dans des milieux bien spécifiques représentés, par exemple, par certains secteurs de l'immigration asiatique, chinoise en particulier, et des usagers insérés de la région parisienne, par définition peu visibles. En revanche la forme base est hégémonique sur le marché. Après une période de reflux consécutive à l'introduction des traitements de substitution en France à partir de la seconde moitié des années 1990, les observateurs investis dans le champ des drogues notent depuis l'année 2006 une plus grande disponibilité de l'héroïne brune. C'est le cas autant dans les milieux des usagers les plus marginalisés fréquentant les structures de bas seuil, que dans les centres de soins spécialisés ou dans certains milieux festifs des courants alternatifs et *underground* proches de l'univers de la musique électronique [26]. En 2010, cette tendance est confirmée par la totalité des sites appartenant au dispositif d'informations TREND (y compris la zone de Marseille, ville du sud-est de la France restée jusqu'alors à l'écart de ce phénomène). Pour l'OCRTIS, en 2010, la disponibilité de l'héroïne brune est *assez forte*. Dans les régions françaises, cette dernière est déterminée par la proximité des marchés de rebonds de l'héroïne afghane que sont les Pays-Bas, la Belgique et la Suisse. C'est donc dans la France du nord-est et dans la région Rhône-Alpes que l'héroïne est la plus disponible.

Cocaïne

La disponibilité de la cocaïne ne cesse de se développer en France depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000. Ce processus est régulier et ne semble pas connaître de recul, voire de pause. Le chlorhydrate de cocaïne bénéficie en effet d'une demande extrêmement dynamique dans des secteurs très hétérogènes de la population française, des milieux sociaux privilégiés aux usagers de drogues les plus désaffiliés fréquentant les structures de bas [108]. En 2010, la disponibilité mesurée par le dispositif TREND, que ce soit dans l'espace urbain ou festif demeure toujours aussi forte. Selon l'OCRTIS, la disponibilité de la cocaïne est forte dans les grandes zones urbaines représentées par les métropoles lilloise, parisienne, lyonnaise et marseillaise.

Ecstasy, amphétamines et autres drogues de synthèse

Pour appréhender correctement l'état du marché et de l'offre d'ecstasy, il faut opérer une distinction entre les différentes formes sous lesquelles le produit circule, comprimé, gélule ou poudre. Si le comprimé est la forme la plus répandue en France, il est indubitable que son marché est beaucoup moins dynamique qu'à l'époque du développement du mouvement techno au milieu des années 1990. Après une année 2010 marquée par une chute de l'offre de comprimés contenant de la MDMA, il semble que ces mêmes comprimés d'ecstasy, sous cette galénique, soient à nouveau présents dans l'espace festif.

Depuis plusieurs années, la forme poudre dite MDMA est apparue de plus en plus disponible dans les différents espaces festifs. Cette forme bénéficie de l'attrait pour le chlorhydrate de cocaïne auquel elle est assimilée et au développement du mode d'administration par voie nasale. Compte tenu de son prix relativement élevé, elle ne touche qu'une clientèle particulière de l'espace festif (discothèque, boîtes de nuit), ce qui contribue à la plus grande discrétion des réseaux de trafic dont on ignore encore beaucoup.

L'offre d'amphétamine (speed) est toujours dynamique et s'adresse à un segment bien identifié d'usagers pour lesquels le speed fait office en quelque sorte de cocaïne de remplacement, du fait de la présentation sous une forme pulvérulente et du mode d'administration, mais à un moindre prix. Le produit est disponible notamment dans les milieux alternatifs de l'espace festif techno, mais semblerait se développer également dans le milieu des boîtes de nuit et des discothèques, en bénéficiant de la désaffection de beaucoup de consommateurs pour le comprimé d'ecstasy.

En dépit de quelques signalements de méthamphétamines occasionnellement rapportée de capitales étrangères (milieu festif gay) ou d'exceptionnels témoignages de fabrication artisanale privée d'usagers pour leur propre usage, celle-ci n'est toujours pas réellement présente en France. Par contre, pour des raisons probablement commerciales, certains dealers donnent le nom de méthamphétamine à des échantillons fortement dosés en MDMA.

Hallucinogènes

Le marché des hallucinogènes est segmenté en deux sous-ensembles : les produits synthétiques comme le LSD et des produits naturels comme les champignons ou la *Salvia divinorum* (Sauge divinatoire).

Depuis une dizaine d'années, le marché du LSD en France présente un caractère extrêmement volatile du fait des vicissitudes d'une offre très dépendante de l'activité des services répressifs dans les pays producteurs de cette substance comme la Belgique ou les Pays-Bas. Ainsi,

certaines années, les observateurs du réseau TREND font état d'une disponibilité quasi nulle, tandis qu'à d'autres moments le LSD semble bien présent sur le marché. Depuis 2006, il semble que l'offre n'ait pas connu d'interruptions notables et que le LSD soit disponible notamment dans les milieux festifs proches des *free parties* et des teknivals où la substance semble recherchée par une frange de jeunes usagers avides de sensations fortes.

Il semble que, depuis 2008, on assiste à un développement de la disponibilité de la kétamine. Alors qu'elle apparaissait de manière occasionnelle dans le milieu festif alternatif où elle était alors consommée essentiellement par une frange bien spécifique de la population festive (*travellers*), elle y apparaît beaucoup plus disponible. Sa disponibilité s'étend également, selon les sites, soit au milieu techno conventionnel (clubs, à Metz par exemple), soit dans l'espace urbain (Lille, Bordeaux, Toulouse, par exemple). Elle y est consommée par de nouveaux publics, en particulier des jeunes marginalisés en errance ou des personnes plus insérées et polyexpérimentatrices. L'offre de cette substance ne semble pas portée par des réseaux organisés, mais relèverait plutôt de l'artisanat ou de l'achat via Internet. Bien que croissante, sa disponibilité reste toujours plus ou moins aléatoire dans les événements festifs. Il est très difficile d'obtenir des informations sur l'origine de la kétamine circulant : à visée humaine ou animale ? En provenance du Royaume-Uni, des Pays-Bas, d'Inde, de Chine voire du Mali ?

Le GBL (précurseur du GHB) est facilement accessible par Internet et dans certains magasins de matériel pour automobile. Jusqu'en 2007, sa consommation était essentiellement circonscrite au milieu festif gay en contexte sexuel. Vers 2007, elle connaît une diffusion de Paris vers la province et des contextes privés vers les clubs. Vers 2009, l'usage se diffuse en clubs et en discothèque, essentiellement dans les villes du sud de la France (Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Aix-en-Provence) et touche alors une population de jeunes *clubbers* en dehors du milieu festif gay. En 2010, les usages de la population festive gay sont de nouveau cantonnés à l'espace privé et il semble que l'usage chez les jeunes soit redevenu assez discret.

Il en va de même pour les hallucinogènes naturels que pour l'herbe de cannabis : leur offre est dynamisée par une forte demande. Cette demande est avide de produits dits biologiques, à forte composante « mystiques » comme les plantes, utilisées dans les sociétés traditionnelles dans le cadre de phénomènes de transe chamanique, comme la *Salvia Divinorum* ou la *Datura* [109]. En outre, l'offre est favorisée par l'utilisation du média Internet qui permet un approvisionnement sans grands risques en provenance généralement des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

10.2.2. Provenance des drogues : production nationale versus production importée

L'herbe de cannabis est la seule substance illicite produite en France par une autoculture le plus souvent domestique et plutôt artisanale.

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs. Le premier tient à un esprit du temps, qui suscite le développement d'une mode privilégiant l'usage de produits dits « biologiques » supposés être de meilleure qualité. Le deuxième est le souci grandissant des usagers de se protéger des risques d'interpellation en évitant la fréquentation des marchés parallèles et des dealers par le recours à l'autoculture ou à des proches pratiquant l'autoculture. Depuis dix ans, le phénomène semble en nette augmentation. Les dernières données, celles de 2010, estimaient le nombre de cannabisculteurs dans une fourchette comprise entre 100 000 et 200 000 personnes [18]. La production autochtone d'herbe est estimée à une trentaine de tonnes [110]. Les services en charge de la répression du trafic illicite de stupéfiants notent le développement du commerce transfrontalier d'herbe en provenance de Belgique et des Pays-Bas. Dans ce dernier pays, la

culture a pris une ampleur considérable en raison de l'implication du crime organisé dans la production à grande échelle [111].

10.2.3. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, *modi operandi* et organisation du marché domestique des drogues

Cannabis

La résine de cannabis consommée en France provient du Maroc le plus souvent via l'Espagne. Elle est importée par des réseaux criminels transnationaux bien organisés provenant majoritairement du milieu des cités dites sensibles de la périphérie des grandes métropoles françaises. Selon certains services répressifs, leur nombre s'élève à une soixantaine et comprennent environ un millier de personnes. Ces réseaux, qui sont au sommet de la pyramide du trafic de résine en France, alimentent des semi-grossistes dont le nombre serait compris dans une fourchette comprise entre 689 et 1 504 [112]. Il semblerait que la résine en provenance d'Afghanistan, deuxième producteur mondial, soit de plus en plus présente sur le marché français. Aujourd'hui le marché de la résine de cannabis semble moins dynamique. Il y a plusieurs raisons à cela : la concurrence grandissante provoquée par une offre d'herbe produite en France et dans le reste de l'Europe ; les politiques d'éradication de la culture menées dans le royaume chérifien (Maroc) ; les réseaux traditionnellement importateurs ont tendance à adjoindre toujours plus fréquemment le chlorhydrate de cocaïne à la résine, voire dans certains cas à éliminer cette dernière, beaucoup moins rentable.

Héroïne

La tendance à la hausse de la disponibilité de l'héroïne sur le marché français est favorisée par le nouveau dynamisme de l'offre enregistré depuis dix ans en Afghanistan, pays d'où provient 90 % de l'héroïne consommée en France. L'augmentation de la production d'opium et d'héroïne a favorisé le développement d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne via la route des Balkans, sur le territoire français. Ils la vendent en demi-gros ou en gros à des réseaux de détaillants. Ceux-ci sont impliqués en général dans le trafic de résine de cannabis importée d'Espagne ou du Maroc et sont implantés dans les cités périphériques des grandes agglomérations urbaines françaises.

À côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé, existent des réseaux, qualifiés par la police de *secondaires*, des microstructures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs. Ils s'approvisionnent en héroïne dans les pays frontaliers de la France, comme la Belgique et les Pays-Bas. Ces deux pays sont les lieux traditionnels de stockage de l'héroïne qui arrive via la route des Balkans [113]. Tous ces facteurs contribuent au caractère de plus en plus diffus de la présence du produit sur le territoire français et facilite son retour en grâce parmi certaines couches de consommateurs.

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage prescrite dans le cadre de traitements de substitution à l'héroïne fait l'objet, depuis sa mise sur le marché en 1996, d'un trafic sur le marché parallèle des centres urbains destinés dans la plupart du temps à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés [114]. Ce trafic est porté par deux types de groupes : d'une part un groupe relativement organisé qui, en falsifiant des ordonnances et obtenant de multiples prescriptions, dispose de quantités importantes de comprimés susceptibles d'être vendues au marché noir ; d'autre part, un groupe

composé essentiellement d'usagers eux-mêmes substitués, qui se livre à de petites reventes. Celles-ci s'apparentent plus à des pratiques de dépannages entre usagers qu'à des transactions très structurées. En 2010, il semble qu'en dépit des mesures de surveillance prises selon les régions par les caisses primaires d'assurance maladie, l'offre demeure persistante même si des pénuries ponctuelles affectant telle ou telle ville peuvent survenir. La disponibilité du médicament est donc forte, de même que son accessibilité puisque, contrairement à ce qui se passe pour des substances illicites comme l'héroïne ou la cocaïne, il existe dans beaucoup de grandes villes françaises de véritables scènes ouvertes de vente du produit de substitution.

Cocaïne

L'offre de cocaïne est en progression régulière.

Elle bénéficie d'une restructuration depuis dix ans qui favorise sa diffusion sur l'ensemble du territoire. Cette réorganisation est portée par le passage des réseaux importateurs de résine de cannabis produite au Maroc à la vente de cocaïne, dont le trafic s'avère beaucoup plus rentable (30 euros par gramme vendu pour la cocaïne contre environ 2 euros pour le gramme de résine de cannabis).

Cette tendance est favorisée par la modification des routes du grand trafic international de la cocaïne, qui tendent de plus en plus à épouser celles du cannabis. Les services répressifs estiment ainsi que 20 % à 30 % de la cocaïne saisie en Europe passe par l'Afrique de l'ouest en remontant par les pays du Maghreb, qui sont des lieux traditionnels d'approvisionnement en résine de cannabis. Un autre facteur favorise également la tendance à la substitution de la résine de cannabis, à savoir la désaffection relative que connaît la résine auprès du consommateur européen. Quoi qu'il en soit, le développement des réseaux multicartes, solidement implantés depuis des décennies dans les banlieues périphériques des métropoles françaises, favorise le développement d'une offre importante de cocaïne.

Un deuxième grand facteur explique l'abondance de l'offre : à l'instar de ce qui se passe pour l'héroïne, le développement des réseaux fondés sur des usagers-revendeurs alimentant une petite clientèle d'usagers s'approvisionnant dans les pays frontaliers de la France (Espagne, Belgique, Pays-Bas) [85]. Ces centaines de micro-réseaux favorisent une diffusion de l'offre de cocaïne qui affecte désormais aussi bien les zones urbaines que rurales.

Le second type de cocaïne présent sur le marché français circule sous les appellations de « crack » et « free base ». Ces deux appellations différentes recouvrent en fait un même produit mais des clientèles différentes.

Le crack, contrairement au chlorhydrate, présente la particularité d'être présent sur des marchés bien spécifiques et très délimités géographiquement. En effet le crack est destiné à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés dans l'écrasante majorité des cas. Ceux-ci sont présents essentiellement en région parisienne et dans les départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe et Martinique) [115]. En 2010, les scènes de crack traditionnellement implantées dans les XVIII^e et XIX^e arrondissements de Paris s'étaient déplacées vers la Seine-Saint-Denis, département au nord de la capitale. Elles sont revenues. Il se confirme par ailleurs qu'une partie de l'offre parisienne de crack soit prise de plus en plus en charge par des réseaux de personnes spécialisées dans la revente de résine de cannabis, et cela au détriment des revendeurs traditionnels originaires le plus souvent d'Afrique de l'Ouest et notamment du Sénégal.

On note en 2009 un phénomène qui se confirme en 2010, l'apparition d'un petit marché du crack (c'est-à-dire de vente de cocaïne déjà basée) à Toulouse (sud ouest de la France) à destination d'utilisateurs précaires. Ce phénomène est isolé parmi les sites non parisiens du réseau TREND.

Contrairement au crack, l'appellation *free base* ne fait pas l'objet d'une revente structurée par des réseaux organisés. Dans la plupart des cas, ce sont les utilisateurs eux-mêmes qui fabriquent le produit. De plus, le *free base* concerne une clientèle complètement différente de celle des crackers : essentiellement une population de personnes appartenant à la mouvance *underground* du mouvement techno (nomades, *travellers*) s'exprimant dans les *free parties*.

Ecstasy

Il semble que la demande moindre d'ecstasy sous sa forme comprimé contribue au désintérêt des organisations criminelles pour ce produit [116]. En 2010, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est réalisé par de microstructures qui s'approvisionnent à l'étranger (Belgique, Pays-Bas, Allemagne) ou plus rarement auprès de filières relevant du crime organisé originaire d'Europe de l'Est.

Autres drogues de synthèse : développement du trafic sur Internet

Comme tout le monde, les Français ont accès aux sites de ventes de produits psychotropes qui se sont multipliés au cours de ces dernières années et depuis 2009 en particulier. Si le dispositif SINTES a pu repérer en milieu festif certains des nouveaux stimulants de synthèse proposés par ces sites de vente, leur diffusion est restée cependant modérée en France.

Une frange d'utilisateurs initiés, habitués aux achats de produits sur Internet (milieu festif gay parisien particulièrement), semble en avoir consommé, de même que des groupes de jeunes dans quelques localités seulement (Lorraine par exemple). Par contre, en 2009, ces produits restent inconnus de la plus grande partie des utilisateurs du milieu festif où ils sont vendus sous d'autres noms¹⁶⁴.

10.3. Saisies

10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites

En 2010, le nombre de saisies de stupéfiants effectuées¹⁶⁵, tous produits confondus, atteint 129 529, une augmentation de près de 20 % par rapport à l'année précédente. Celles-ci se situent à un niveau historiquement élevé par rapport à la fin des années 1990 et au début des années 2000.

¹⁶⁴ Lahaie E. et A. Cadet-Taïrou, « Méphédrone et autres stimulants de synthèse en circulation », Note d'information SINTES, mars 2010 et Cadet-Taïrou, rapport TREND

¹⁶⁵ Nous ne disposons pas cette année des données relatives au nombre de saisies réalisées pour chacune des substances illicites en question.

Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg), 2006-2009 et évolution 2008-2009 (en %)

Drogues saisies	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2009/2010
Herbe Cannabis	3 773 kg	3 047 kg	3 422 kg	3 495 kg	4 564 kg	30,59 %
Résine Cannabis	67 891 kg	34 182 kg	71 075 kg	56 073 kg	52 795 kg	-5,84 %
Graines Cannabis	57 kg	51 kg	30 kg	45 kg	22 kg	-51,45 %
Héroïne	1 051 kg	1 035 kg	1 117 kg	970 kg	1 087 kg	12,11 %
Cocaïne	10 166 kg	6 578 kg	8 214 kg	5 211 kg	4 125 kg	-20,84 %
Crack	8 kg	6 kg	12 kg	12 kg	14 kg	12,61 %
Amphétamines	77 kg	307 kg	109 kg	564 kg	176 kg	-68,78 %
Ecstasy (cp)	1 488 919	1 359 912	342 923	106 597	663 595	552,52 %
LSD (supports)	5 589	13 107	90 021	10 209	28 411	178,29 %
Kétamine	5 kg	2 kg	65 kg	3 kg	14 kg	274,87 %

Source : FNAILS, OCRTIS 2010

Les tendances à la baisse enregistrées pour la résine de cannabis depuis l'année 2004, année qui marqua l'apogée historique des saisies en France avec une centaine de tonnes, se confirment encore cette année, avec une diminution des saisies de près de 6 % par rapport à l'année 2009. Les saisies de graines et de pieds de cannabis sont également en diminution par rapport à l'année 2009 de respectivement - 51,45 % et - 3,05 %. À l'inverse, les saisies d'herbe augmentent depuis 2004 (+ 49 % entre 2004 et 2010)

Les saisies d'héroïne en 2010 demeurent à un niveau élevé, supérieur à la tonne (1 087 kg) après une nouvelle ascension redémarrée au début de la décennie 2000, soit une quantité presque trois fois plus élevée que les saisies réalisées en France en 1999 ou 2001.

En revanche, les saisies de cocaïne chutent de près de 21 % pour s'établir à 4 125 kg en 2010. La chute est significative par rapport au pic historique atteint en 2006 avec plus d'une dizaine de tonnes. Cependant, un regard rétrospectif portant sur les quinze dernières années montre que les saisies de cocaïne demeurent toujours en France à un niveau élevé : plus de six fois les quantités saisies quand la cocaïne amorçait son cycle de diffusion au début des années 1990. Les diminutions des saisies enregistrées ces dernières années s'expliqueraient par les stratégies des trafiquants développant de nouvelles routes pour approvisionner le nord du continent via la France (Balkans, voire la mer baltique).

Les saisies de crack connaissent une évolution en dents de scie depuis le début des années 2000. Bien qu'elles soient en augmentation depuis 2007, il est difficile de percevoir une tendance de long terme.

En 2010, les saisies de comprimés d'ecstasy ont atteint les 663 595 unités soit, une augmentation de 552,52 % par rapport à l'année 2009, qui représentait l'acmé historique des saisies depuis une quinzaine d'années. Il est nécessaire de préciser que l'année 2009 avait présenté un caractère exceptionnel du fait de la pénurie de MDMA due à la destruction massive au Cambodge d'un précurseur indispensable à sa fabrication. Cette hausse importante, compte tenu du rétablissement du marché, n'est donc pas surprenante et l'ampleur des saisies reste faible comparée aux années 2000.

10.3.2. Quantités et nombre de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

Les données sur les saisies de précurseurs sont inexistantes parce que la France n'est pas, ou si marginalement, un pays producteur de substances illicites (à l'exception de l'herbe de cannabis).

10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits

La dernière grande affaire de démantèlement d'un laboratoire de production remonte à 2005. Il s'agissait d'une unité de production de cocaïne installée au Perreux dans le Val-de-Marne.

10.4. Prix/pureté

10.4.1. Prix au détail des drogues illicites

Cannabis

En 2010, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS¹⁶⁶ à environ 7 €uros pour une fourchette comprise entre 5 € et 10 € le gramme. Ce prix est en légère hausse par rapport aux années précédentes. Ce phénomène s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégie, semble-t-il, des produits de bonne qualité.

Le prix de gros, mesuré par les services de police, s'établit à 3 500 € le kilogramme.

Le prix médian de la résine de cannabis est stable. En 2009, il atteint les 5 € le gramme. Le prix de gros pour la même année atteint les 1 950 € le kilogramme.

Héroïne

En 2010, le prix médian du gramme d'héroïne brune tourne autour de 40 € et se stabilise autour de cette valeur depuis 2006, après avoir fortement chuté depuis la fin des années 1990, pendant lesquelles son prix oscillait autour de 70 €. Le prix de gros de l'héroïne brune est stable aussi et tourne autour de 12 000 € le kilogramme.

La buprénorphine haut dosage

Depuis 2008, le prix du comprimé de 8 mg de BHD dans sa forme commercialisée sous l'appellation Subutex®, la seule ou presque disponible sur le marché parallèle des grands centres urbains, est en légère hausse et se situe en 2008 et 2009 à 5,5-5,6 € contre 4 € les années précédentes [26]. Cette augmentation du prix serait en relation avec les difficultés d'alimentation du marché causée par des mesures strictes d'encadrement des prescriptions prises par les autorités sanitaires.

¹⁶⁶ Les prix de détail et de gros du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy sont issus de la note de l'OCRTIS, *Les prix des stupéfiants en France en 2009*.

Cocaïne

Le prix du gramme de chlorhydrate de cocaïne est stable depuis cinq ans après avoir été divisé par deux par rapport à la fin des années 1990. En 2010, le prix médian tourne autour de 60 €. Le prix de gros, stable également, s'élève à 30 000 € le kilogramme.

Ecstasy

Il est nécessaire de distinguer la forme comprimé de la forme poudre.

D'après l'enquête SINTES effectuée en 2009 sur les produits de synthèse, le prix moyen d'un comprimé d'ecstasy est de 7,3 €. La baisse du prix du comprimé observée ces dernières années semble s'être interrompue en 2009. Cela pourrait être la conséquence de la baisse de la disponibilité des comprimés de MDMA observée durant l'année 2009, baisse qui ne se confirme pas début 2010. Les données de l'OCRTIS montrent une augmentation du prix qui passe de 5 € en 2009 à 6 € en 2010. Le prix de gros (1 000 comprimés) se situe autour de 2 500 €.

10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites

Cannabis

La teneur moyenne de THC, principe actif du cannabis, contenu dans la résine de cannabis augmente progressivement depuis 10 ans (6 % en 2000 et 11 % en 2010) [117]. Cela vient essentiellement de l'augmentation de la circulation des résines fortement dosées (>15 %). Le taux maximum en 2010 était de 38 %. La teneur moyenne en THC dans l'herbe de cannabis semble connaître une augmentation (10 %) qui sera éventuellement à confirmer l'année prochaine. Cette tendance s'explique également par l'augmentation des herbes fortement dosées (>15 %). La teneur maximale en 2010 était 40 %.

Héroïne

La teneur moyenne en héroïne est passée de 10 % en 2003 à 13 % en 2010. Cette tendance est la conséquence de l'augmentation de la circulation d'échantillon fortement dosés (>30 %). Cette teneur ne reflète pas les grandes différences de pureté observées d'un échantillon à l'autre [118-119].

Les disparités entre les régions (teneur plus forte dans le nord que dans le sud de la France) observé en 2007 lors de l'enquête nationale SINTES seront à confirmer en 2011.

Cocaïne

La teneur en cocaïne des échantillons saisis dans la rue se situe entre 10 % et 40 % (moyenne de 30 %) et n'évolue pas depuis le début des années 2000 [120].

Ecstasy

La teneur moyenne en MDMA se situe entre 60 % [120] et 70 % [121]. La teneur est beaucoup plus faible pour les comprimés, autour de 15 %.

10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues

Héroïne

Depuis les années 2000, on retrouve dans plus de 9 échantillons d'héroïne sur 10 le mélange caféine (entre 20 % et 40 %) et de paracétamol (entre 40 % et 60 %) qui reste donc le produit de coupe principal.

Le reste est constitué de produits inertes comme les sucres, le mannitol.

Les adultérants (pharmacologiquement actifs) comme le diazépam, la phénacétine, le dextrométhorphan et l'alprazolam ont été identifiés dans quelques échantillons au cours de l'année 2010. Leur concentration était pour la plupart inférieure à 1 %.

Cocaïne

La cocaïne arrive déjà coupée sur le territoire français avec des produits psychoactifs particuliers comme le lévamisole, l'hydroxyzine et le diltiazem. Elle est ensuite recoupée avec d'autres produits psychoactifs comme la phénacétine, la lidocaïne ainsi que des sucres, avant d'être revendue au niveau de la rue.

Le lévamisole est le plus retrouvé (présent dans 60 % des échantillons circulant) quoiqu'en de faibles teneurs (moyenne de 8 % du volume total d'un échantillon). La phénacétine, présente dans 41 % des échantillons circulant, a une teneur moyenne de 32 %, soit presque autant que la cocaïne elle-même.

Ecstasy

En 2010, la caféine est le composé le plus associé à la MDMA. La présence de mCPP a diminué depuis 2009.

Partie B. Thèmes spécifiques

11. Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison

L'usage de drogues est quasi-systématiquement évoqué dans les travaux français sur les prisons [122] ; [123] et [124] ; [125] ; [126]) mais il en constitue rarement l'objet à part entière [127] ; [128]). Parmi les nombreux travaux qui ont étudié la santé en milieu carcéral ([129] ; [130]), peu se sont interrogés sur la définition d'une politique de réduction des risques (RDR) spécifiquement adaptée au contexte d'enfermement de la prison ([131] ; [132]). En 2010, une expertise collective de l'Inserm a, pour la première fois, interrogé la mise en œuvre du concept de RDR en France, notamment dans le champ pénitentiaire. Elle a conclu que, si différents outils de prévention existent en France, « il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison » [92], Elle a aussi souligné que le principe d'une équivalence des soins entre milieu libre et prison, inscrit dans la loi française et recommandé par l'OMS, n'est pas effectif dans les prisons françaises, alors que l'enjeu d'une politique adaptée au contexte carcéral est crucial : près d'un quart de la population toxicomane française passe par la prison chaque année [133].

L'inégalité d'accès aux soins des usagers de drogues en prison, par rapport au milieu libre, s'explique par différents facteurs, d'abord liés aux conditions de fonctionnement du système carcéral et aux pratiques d'organisation des soins en prison. Les objectifs posés par la loi d'une part, la réalité des pratiques de soins en détention d'autre part, seront donc d'abord confrontés, puis mis en rapport avec les recommandations de pratique clinique et les standards de qualité de l'offre de prise en charge élaborés en France, afin d'éclairer la discussion sur les moyens de garantir l'égalité d'accès aux soins entre le milieu libre et la prison. Dans une dernière partie, les défauts du dispositif d'information sur la prise en charge des usagers de drogues en prison seront répertoriés, afin de permettre un meilleur suivi de cette problématique dans les années à venir.

11.1. Caractéristiques du système pénitentiaire

Le parc pénitentiaire

Au 1^{er} janvier 2010¹⁶⁷, l'administration pénitentiaire (AP) disposait, en métropole et outre-mer, de 191 établissements pénitentiaires :

- 106 maisons d'arrêt (MA), auxquelles il faut ajouter 35 quartiers MA situés dans des centres pénitentiaires (qMA), lieux d'exécution de la détention provisoire et des condamnations à une peine dont le reliquat n'excède pas deux ans (depuis la loi pénitentiaire de novembre 2009) ;
- 37 centres pénitentiaires (CP) qui comprennent au moins 2 quartiers à régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;

¹⁶⁷ Les chiffres sont ceux de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010 (www.prison.justice.gouv.fr).

- 24 centres de détention (CD) et 34 quartiers (QCD) accueillant les détenus condamnés à une peine supérieure ou égale à un an et qui présentent des perspectives de réinsertion favorables ;
- 6 maisons centrales (MC) et 5 quartiers (QMC) recevant les condamnés les plus difficiles qui nécessitent un dispositif de sécurité renforcé et dont les perspectives de réinsertion sont lointaines ;
- 12 centres de semi-liberté (CSL) et 4 quartiers (QSL), situés dans les CP, recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou de la semi-liberté ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), prévus dans le programme de la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002 et dont le premier a été ouvert à la mi-2008 ;
- 4 quartiers centres pour peines aménagées (qCPA) situés dans des centres pénitentiaires.

Parmi ces établissements, 43 sont à « gestion déléguée » à des entreprises privées, soit 4,4% du parc pénitentiaire.

Pour gérer le parc pénitentiaire, l'administration était dotée, pour 2010, d'un budget de 2,17 milliards d'euros (hors pensions), plus du tiers du budget de la Justice, en augmentation de 10 % par rapport à 2009. Ces crédits budgétaires (crédits de paiement, hors pensions) se répartissent en 54 % de dépenses de personnels, 28 % de dépenses de fonctionnement, 4 % de dépenses d'intervention et 14 % de dépenses d'investissement [134].

Selon les données les plus récentes (1^{er} mai 2010)¹⁶⁸, l'administration pénitentiaire dispose de 57 411 places, en métropole et en outre-mer¹⁶⁹ : 56 779 d'entre elles sont dites « opérationnelles », c'est-à-dire effectivement disponibles, les autres pouvant être en travaux ou utilisées temporairement à un autre usage. Ces places se répartissent de la façon suivante selon le type d'établissement :

- 34 136 places en maison d'arrêt ou quartier « maison d'arrêt » (60 %) ;
- 19 365 en centre de détention ou quartier « centre de détention » (34 %) ;
- 1 981 en maison centrale ou quartier « maison centrale » (3,5 %) ;
- 316 en centre pour peine aménagée ou quartier (0,6 %) ;
- 659 en centre de semi-liberté ou quartier de semi-liberté, hors places de semi-liberté dans d'autres types d'établissements (1,2 %) ;
- 322 dans les établissements pour mineurs (0,6 %).

¹⁶⁸ Direction de l'administration pénitentiaire, Situation mensuelle de la population écrouée et détenue au 1^{er} mai 2010.

¹⁶⁹ Au sens des capacités définies dans une circulaire du 3 mars 1988, mise à jour le 17 mai 1998.

La population pénitentiaire

Au 1^{er} mai 2010, le chiffre de la population sous écrou était de 67 851 personnes (France entière). Elle inclut les personnes effectivement détenues (61 604 personnes) et les personnes qui bénéficient d'un aménagement de peine hors détention (6 247 personnes, réparties entre 5 611 condamnés placés sous surveillance électronique et 636 condamnés en placement à l'extérieur).

Avec 61 604 détenus, la France atteint le chiffre le plus élevé depuis la création des statistiques pénitentiaires, en 1852 – à l'exception des 60 000 prisonniers recensés à la Libération, dont près du tiers étaient des collaborateurs présumés. Parmi eux, 15 963 sont des prévenus (25,9 %) et 45 641 des condamnés (74,1 %), détenus dans 56 779 places opérationnelles, ce qui représente un écart de 4 825 entre la capacité opérationnelle du parc pénitentiaire et le nombre effectif de détenus, c'est-à-dire une densité carcérale globale de 108 détenus pour 100 places.

Pour rendre compte rigoureusement de la surpopulation carcérale, il faut rapprocher la densité carcérale de l'indicateur des détenus en surnombre : 9 493 personnes au 1^{er} mai 2010 en France entière [135]. Ce chiffre est plus représentatif de la surpopulation carcérale car il additionne le nombre de détenus surnuméraires par rapport à la capacité d'accueil disponible (4 825) et le nombre de places opérationnelles mais inoccupées¹⁷⁰ (4 668).

L'état de surpopulation varie considérablement entre la métropole et l'outre-mer, et surtout, entre types d'établissements : 96 % des détenus en surnombre se trouvent en maison d'arrêt, l'affectation des condamnés en établissement pour peine étant gérée par l'administration selon le principe du *numerus clausus*. Le phénomène de surpopulation épargne donc les établissements pour peine, où le nombre de détenus pour 100 places baisse (85 en 2010), et concerne avant tout les maisons d'arrêt et les quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires¹⁷¹, c'est-à-dire les établissements les plus nombreux dans le parc pénitentiaire, censés héberger une majorité de prévenus (en attente d'un jugement), et les condamnés à de courtes peines (dont le reliquat de peine n'excède pas un an).

Évolutions et perspectives

Depuis 2008, le nombre de détenus s'est stabilisé à un haut niveau (environ 61 000 personnes). Ce chiffre correspond à un taux de détention¹⁷² de 96,8 détenus pour 100 000 habitants [136], l'un des plus élevés en Europe [137]. Si, pour la première fois de la décennie, le nombre de détenus a reculé de façon significative en 2010 (-2 %), la France continue de se distinguer par un surpeuplement carcéral important qui la place en tête des 47 pays du Conseil de l'Europe, aux côtés de l'Espagne, Chypre, la Bulgarie, la Serbie et la Croatie (Aebi, Delgrande, 2010a).

Le surpeuplement carcéral s'explique par une évolution historique cumulative qui s'est faite en deux temps. Entre le milieu des années 1970 et le milieu de la décennie 2000, la France a connu une période d'inflation carcérale pendant 30 ans [138], où la population carcérale a

¹⁷⁰ Comme le note Tournier, ce chiffre est particulièrement élevé du fait de la mise en service récente de nouveaux établissements comme les centres pénitentiaires de Bourg-en-Bresse, de Rennes ou du Havre (Tournier, 2010).

¹⁷¹ Le taux d'occupation dans les maisons d'arrêt (56 % des établissements) est de 125 détenus pour 100 places.

¹⁷² Le taux de détention pour 100 000 habitants traduit le rapport entre le nombre de personnes détenues et le nombre d'habitants. Il permet d'apprécier l'évolution de la population détenue en tenant compte du mouvement démographique de la population générale.

augmenté huit fois plus rapidement que la population générale (+ 120 % vs + 15 %)¹⁷³. Cette hausse spectaculaire s'explique par le cumul de trois phénomènes : un allongement des peines prononcées¹⁷⁴, la faible ampleur des aménagements de peine jusqu'au milieu des années 2000 (libération conditionnelle, suspension de peine pour raisons médicales, semi-liberté, placement à l'extérieur ou placement sous surveillance électronique) ; la faiblesse relative des peines alternatives à l'incarcération (travail d'intérêt général, jour-amende...).

Depuis le milieu de la dernière décennie, chacun de ces facteurs a évolué, ralentissant la tendance démographique inflationniste, sans l'infléchir pour autant. Avec l'essor des aménagements de peine, le nombre de condamnés à des peines hors détention¹⁷⁵ a été multiplié par 15 entre 2004 et 2010 (+4 200). La population écrouée bénéficiant d'un aménagement de peine a augmenté trois fois plus vite que la population détenue¹⁷⁶. En outre, les peines de substitution ont nettement progressé, notamment les mesures de travail d'intérêt général et de jour-amende, qui ont augmenté d'environ 50 % depuis 2004 [74]. Ce développement récent des alternatives à la prison peut être interprété comme un « rattrapage » de la France [139], même si elle reste l'un des pays européens (avec l'Italie) où le taux de peines alternatives à l'emprisonnement est le plus bas (34,5 pour 100 000 habitants), la moyenne étant de 209 [140].

Stabilisation de la population détenue, baisse du nombre de détenus en surnombre¹⁷⁷, du taux de détention pour 100 000 habitants et du taux de détention provisoire (cf. tableau 1) : la situation pénitentiaire française semble évoluer par rapport à l'état des lieux dressé en 2008 par la Statistique pénale annuelle du Conseil de l'Europe [140]. Ce mouvement, s'il se confirme, s'explique par la hausse de la capacité d'accueil pénitentiaire depuis les années 2000¹⁷⁸, 4 fois plus rapide que la hausse du nombre de détenus¹⁷⁹. Ces transformations ne sont toutefois pas d'ampleur suffisante pour modifier la situation française en Europe : la France continue de se placer dans une position médiane quant à ses taux de détention brut et de détention provisoire et continue de se distinguer par une densité carcérale élevée, bien supérieure à celles de l'Allemagne ou de la Grande-Bretagne. Autrement dit, la sévérité de la politique pénale de la France – mesurée par la proportion de ses habitants placés en détention – ne la distingue pas de ses voisins européens. Le surpeuplement carcéral – c'est-à-dire le rapport entre le nombre

¹⁷³ Le rapport est même de 1 à 10 dans la seule période 1975-1995 : la population carcérale a augmenté de 100 %, vs 10 % dans l'ensemble de la population (Tournier, 2002).

¹⁷⁴ Surtout après l'entrée en vigueur du nouveau code pénal de 1992 qui a augmenté la peine maximum encourue d'un grand nombre d'infractions (Kensey, Cardet, 2001). La durée moyenne de détention est ainsi passée de 4,6 mois en 1980 à 7 mois en 1990 puis 8,7 mois en 2000 et 9,4 mois en 2009.

¹⁷⁵ Placement sous surveillance électronique (PSE) ou placement à l'extérieur.

¹⁷⁶ +5 000 vs +2 000 personnes. Cette hausse des aménagements de peine a largement bénéficié aux PSE 136. Kensey, A., *Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques (Direction de l'administration pénitentiaire), 2010(n° 35).. Elle peut être mise en relation avec les incitations ministérielles répétées à recourir systématiquement aux peines aménagées en cours d'exécution : rapport Warsmann (Warsmann, 2003), lois de lutte contre la récidive de décembre, août 2007 et mars 2010, et loi pénitentiaire de novembre 2009 (cf. Legal framework).

¹⁷⁷ Il y a aujourd'hui près de 4 fois moins de détenus en surnombre qu'en 2004, date à laquelle la France a atteint un niveau de surpeuplement carcéral maximum ((6 086 détenus en surnombre et 121 détenus pour 100 places).

¹⁷⁸ Depuis la LOPSI d'août 2002 qui autorise l'État à confier la construction de prisons à des entreprises, l'État a lancé un processus de privatisation progressive de la construction (avec le programme immobilier 13 200, réalisé dans le cadre d'un partenariat public-privé) mais aussi de la gestion du parc pénitentiaire. L'Agence publique pour l'immobilier de la Justice (APIJ) assure la maîtrise d'ouvrage du projet et les entreprises privées (comme Bouygues) assurent la construction puis la gestion. Le Ministère prévoit ainsi 13 200 nouvelles places de détention d'ici 2012.

¹⁷⁹ Le nombre de places en détention est passé de 48 572 à 56 463 entre 2004 et 2010 (+ 16,2 %), alors que le nombre de détenus a crû, dans la même période, de 58 942 à 60 978 (+3,5 %).

de détenus et le nombre de places en prison – la classe en revanche dans une position critique quant aux recommandations européennes¹⁸⁰. Selon les projections démographiques de l'administration pénitentiaire¹⁸¹, la population confiée à l'administration pénitentiaire pourrait atteindre 80 000 personnes [écrouées] en 2017 [141], ce qui imposerait de développer encore davantage les alternatives à l'emprisonnement et les aménagements de peine [139] pour lutter contre la suroccupation carcérale.

Tableau 11.1 : Évolution de la population détenue en France entière (2004-2010)

Année	Nombre de personnes détenues au 1 ^{er} janvier	Taux de croissance annuel en %	Population France entière (en milliers)	Taux de détenus pour 100 000 habitants	Part des prévenus	Part des condamnés	Taux de détention provisoire pour 100 000 habitants
2004	58942	Nd	62251	94,7	36,9	63,1	34,9
2005	58231	-1,2	62730	92,8	34,6	65,4	32,1
2006	58344	+0,2	63186	92,3	33,8	66,2	31,2
2007	58402	+0,1	63578	91,9	31,6	68,4	29,1
2008	61076	+4,6	63937	95,5	27,5	72,5	26,3
2009	62252	+1,9	64303	96,8	25,6	74,4	24,8
2010	60978	-2,0	64700	94,2	25,2	74,8	23,8

Source : ministère de la Justice/Direction de l'administration pénitentiaire

Surpopulation et conditions de détention, les maux persistants du système carcéral français

La surpopulation est une des caractéristiques distinctives des prisons françaises, de même que les conditions de détention, régulièrement dénoncées par les syndicats pénitentiaires, les intervenants en prison et les associations militant pour le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées, comme Ban public ou l'Observatoire international des prisons [123-124, 142]. Les mobilisations protestataires autour de conditions de détention jugées « indignes » ont atteint leur acmé dans le débat public national en 2000, lors de la parution du témoignage du médecin-chef d'un des plus gros établissements de France [143]. Très médiatisé [144], l'ouvrage de Véronique Vasseur a amené le Parlement à se saisir du problème par le biais de deux commissions d'enquête parlementaire qui ont qualifié l'état des prisons d'« humiliation pour la République », selon les termes du rapport d'enquête sénatorial ([145] ; [133]). Les instances internationales elles-mêmes ont stigmatisé la situation des prisons françaises. Le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux détenus¹⁸² : non-respect de l'intimité, promiscuité, défaillances dans la continuité

¹⁸⁰ Le Conseil de l'Europe a affirmé que l'extension du parc pénitentiaire devrait être exceptionnelle car elle n'offre pas de solution durable au surpeuplement. Cf. recommandation N° R(99) 22, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 30 septembre 1999.

¹⁸¹ Établies selon l'évolution de l'âge des détenus, de leur nationalité, des durées de détention, de la détention provisoire, de la nature des peines et des aménagements de peines (cf. note de synthèse de l'AP présentée lors de la mise en place du Comité d'orientation restreint (COR) de la future loi pénitentiaire le 11 juillet 2007, citée dans un article du quotidien *Le Monde* daté du 14 juillet 2007).

¹⁸² En 2007, comme lors de ses précédentes visites en 1996 et en 2003, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) s'est inquiété du fort taux de surpeuplement carcéral dans les maisons d'arrêt visitées (CPT, 2007). Il a également souligné que le fait d'héberger, en maison d'arrêt, à long voire à très long terme, des prévenus et des condamnés dans la même cellule était contraire aux Règles Pénitentiaires Européennes. Le CPT a réitéré sa

et la qualité des soins, hygiène générale déficiente, raréfaction des activités (sport, travail, formation), nombreuses agressions et actes de violences entre les détenus.

Ces « conditions inacceptables de vie »¹⁸³ contribuent, selon le ministère de la Santé lui-même, à expliquer la forte prévalence du risque suicidaire parmi les détenus – même si aucune corrélation n’a pu être établie entre les conditions d’incarcération et le taux de suicide¹⁸⁴. Une centaine de suicides ont lieu en prison chaque année, deux fois plus qu’il y a vingt ans. Ils surviennent particulièrement pendant les deux premières années de détention. Cela représente un taux de suicide cinq à six fois supérieur à la moyenne nationale. La France fait partie des pays européens déclarant les plus forts taux de sur-suicidité carcérale [146], avec 18 suicides pour 10 000 détenus (2009). Ce problème est donc devenu un objet d’attention publique privilégié [146].

Ces critiques répétées ont conduit à la création, en 2008, d’un contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)¹⁸⁵. Dans son dernier rapport annuel d’activité (2010), le CGLPL a souligné que la réalité des prisons est encore souvent celle de la vétusté « et quelquefois du sordide, dans des établissements anciens et mal entretenus »[147].

11.1.1. Caractéristiques de la population détenue : santé et statut social

Prévenus et condamnés

La population détenue comprend un quart de prévenus, en attente de jugement. Cette proportion n’a jamais été aussi faible (15 395 personnes en détention provisoire au 1^{er} janvier 2010, soit 25 % de la population détenue). La baisse régulière de la part des prévenus depuis 2004 est concomitante de la montée en charge du volume de condamnés [148] et donc, de leur part relative au sein de la population détenue [74]. Le taux de détention provisoire pour 100 000 habitants a enregistré un recul de 11 points en sept ans, passant de 34,9 pour 100 000 habitants en 2004 à 23,8 en 2010 (cf. tableau 1).

Profil démographique et conditions de vie

La population détenue se caractérise par un profil démographique et social très différent de celui de la population générale. Les dernières enquêtes de la DREES de 1997 et 2003 ont révélé une population majoritairement de nationalité française (82 %)¹⁸⁶, masculine (96,6 % d’hommes vs

recommandation aux autorités françaises visant à mener une stratégie contre le surpeuplement carcéral, aggravé, selon lui, par le nombre croissant de peines toujours plus lourdes prononcées. Il a également salué l’importance des conclusions des « États généraux de la condition pénitentiaire » organisés par l’Observatoire international des prisons en 2006.

¹⁸³ Mémoire de Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe, faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008 (20 novembre 2008)

¹⁸⁴ Cf. Ministre de la Justice, réponse à la question écrite n°12634 du député Alain Néri, JO du 8 juin 2004. Ce point de vue est à rebours de la philosophie du ministère de la Santé, pour qui « la prévention du suicide en milieu carcéral passe d’abord par une logique globale de mise à niveau de l’environnement et des conditions de détention de la personne détenue. Il s’agit de favoriser le maintien de la santé mentale de celle-ci » (Ministère de la Santé / ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004).

¹⁸⁵ Le CGLPL est une autorité indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l’adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement commencé son activité le 13 juin 2008, date à laquelle Jean-Marie Delarue a été nommé en cette qualité.

¹⁸⁶ La part des détenus étrangers ou de nationalité non déclarée est en baisse régulière depuis plusieurs années (20,5 % en 2005, 18 % en 2009).

3,4 % de femmes) et jeune (34,2 ans en moyenne) : près de la moitié des détenus ont moins de 30 ans [79]. Elle tend toutefois à vieillir : alors qu'en 1978, les détenus de plus de 40 ans représentaient seulement 15 % de la population carcérale, ils en constituent aujourd'hui près de 30 %. Le vieillissement de la population carcérale pose notamment des problèmes de prise en charge pour les détenus très âgés : au 1^{er} janvier 2010, 3,6 % des détenus étaient âgés de 60 ans ou plus (soit 2 356 personnes, dont 370 de plus de 70 ans), deux fois plus qu'il y a 10 ans (Direction de l'administration pénitentiaire, chiffres annuels).

Les détenus ont un niveau d'instruction beaucoup plus bas qu'en population générale : 68 % ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, 23 % ont une instruction primaire et 2 % se déclarent illettrés [79]. L'enquête de l'INSEE portant sur l'histoire familiale des hommes détenus montre la faiblesse du capital scolaire des détenus [149] : seuls 39 % ont reçu une formation secondaire ou supérieure, 50 % se sont arrêtés au niveau primaire et 10 % se déclarent illettrés ; de surcroît, 64 % n'ont aucun diplôme et 30 % sont en difficulté de lecture. Ces indicateurs d'instruction scolaire sont encore plus bas chez les plus jeunes détenus (majeurs), dont 80 % sont sans diplôme et près de 40 % en difficulté de lecture. L'enquête menée auprès de sujets vus en milieu carcéral, par comparaison aux sujets vus dans les structures sanitaires à l'extérieur, montre que les détenus sont plus jeunes et moins bien insérés socialement que les sujets vus dans des structures sanitaires en milieu libre : ils sont 14 % à avoir un niveau supérieur ou égal au bac, contre 35 % pour les autres ; ils sont aussi moins nombreux à avoir des revenus réguliers (31 % vs 48 %) et à avoir une activité professionnelle (27 % vs 40 %) [150]. L'ensemble des études disponibles établissent que cette population se caractérise également par un faible niveau d'activité professionnelle : le taux d'activité à l'entrée en détention est inférieur à 50 %, alors que le taux général pour les hommes de 15-64 ans avoisine 75 %, voire 91 % pour les 25-29 ans [151].

Ainsi, cette population cumule des caractéristiques de vulnérabilité sociale. Près de 1 détenu sur 5 déclare ne pas avoir de domicile stable (17 %) et 13 % ne bénéficient d'aucune protection sociale ([152] ; [79]). Ces difficiles conditions de logement sont plus importantes chez les femmes : un peu plus de 1 sur 5 entrant en prison déclarait vivre dans domicile précaire avant l'incarcération et environ 1 sur 7 être sans abri. En outre, 60 % des personnes détenues vivent en dessous du seuil de pauvreté [153].

Santé mentale et conduites addictives

La population carcérale présente des pathologies liées à l'exclusion et à la marginalisation. Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions, notamment, y sont plus élevés qu'en milieu libre. Une enquête publiée en 2002 sur la santé mentale et le suivi psychiatrique révélait l'existence de pathologies psychiatriques chez près de 55 % des détenus entrants [154]. La symptomatologie décrite par les psychiatres était variée, des troubles anxio-dépressifs et addictifs (chez 55 % d'entre eux) jusqu'aux psychoses (chez près de 20 %). L'enquête montrait en outre que les troubles mentaux observés dans cette population avaient considérablement progressé en quelques années. La fréquence élevée de l'usage nocif et de la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites ressortait également de l'étude, 15 % des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt étant en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants. Les tendances générales de consommation de produits psychoactifs mettaient en évidence le développement des polyconsommations, la diversification des voies d'administration (augmentation de la fréquence du sniff) et le recours de plus en plus courant aux produits psychostimulants, à la cocaïne et au crack.

La première étude épidémiologique d'envergure¹⁸⁷ menée en 2003-2004 sur la santé mentale en prison a objectivé la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral [78]. Elle indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (plus de la moitié des détenus en métropole en présentent au moins un), devant les troubles thymiques. Parmi les affections repérées, l'étude évoque 40 % de syndromes dépressifs, 33 % d'anxiétés généralisées, 20 % de névroses traumatiques, 17 % d'agoraphobies, 7 % de schizophrénies et 7 % de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques. Plus des deux tiers des détenus ont connu des événements traumatiques, précoces, divers, nombreux, engendrant une vulnérabilité pour les troubles dépressifs et anxieux. Un quart des détenus de métropole, hommes ou femmes, présenteraient un trouble psychotique. Un risque suicidaire est repéré par le MINI pour 40 % des hommes détenus et pour 62 % des femmes, qui est jugé élevé pour près de la moitié des personnes concernées. En outre, près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. Les associations de troubles sont fréquentes dans ces populations, essentiellement sous la forme de troubles thymiques et anxieux (3 à 4 détenus sur 10), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, troubles thymiques et dépendance, troubles anxieux et psychotiques, chacune de ces associations concernant environ 1 détenu sur 5. Selon les populations, 35 % à 42 % des détenus sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (échelle de gravité CGI). Pourtant, seulement deux tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique. Cette prévalence importante des troubles psychiques en prison s'explique en partie par la diminution de l'irresponsabilité pénale¹⁸⁸.

La deuxième édition de l'enquête de la DREES sur la santé menée auprès des entrants en 2003 corrobore ces observations. Elle confirme aussi la surreprésentation des addictions en milieu carcéral [79]. Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les

¹⁸⁷ Cette étude, la première visant à évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale, a comporté trois phases. La première, transversale, a porté sur 1 000 personnes détenues, dont 800 hommes tirés au sort dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine (plan de sondage en grappe en fonction du type d'établissement pénitentiaire), 100 femmes détenues et 100 hommes détenus dans un établissement d'un département d'outre-mer ; la deuxième a consisté en une étude longitudinale, avec un suivi sur neuf mois de 300 personnes primo-incarcérées ; la troisième phase de l'étude a pris la forme d'une étude rétrospective portant sur 100 personnes détenues condamnées à des longues peines 78. Rouillon, F., et al., *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004*. 2007: Inserm..

¹⁸⁸ Depuis les années 1970, où elle concernait environ 5 % des condamnations pour crime, l'irresponsabilité pénale s'est stabilisée à environ 0,5 % depuis le milieu des années 1980, ce qui représente environ 250 à 300 sujets déclarés irresponsables chaque année. Selon Marc Bessin, « on assiste en effet à une tendance forte à la responsabilisation pénale des malades mentaux délinquants. Les experts concluent de plus en plus systématiquement que les personnes présentant des troubles psychiatriques importants sont passibles d'une sanction pénale, surtout s'ils ont commis des actes graves. Il s'ensuit un transfert de charges du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire, dont atteste le nombre de plus en plus élevé d'entrants en prison qui étaient préalablement suivis en psychiatrie »155. Bessin, M. and M.-H. Lechien, *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*. 2000, Centre de sociologie européenne, EHESS: Paris..

stupéfiants¹⁸⁹ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal en population générale.

11.1.2. Infections virales

Les détenus sont également davantage touchés par les maladies infectieuses que la population générale. Les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont en effet un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %), comme le montre l'enquête Coquelicot, à partir de données biologiques [156]. Selon les sources, la prévalence du VIH en prison varie entre 1,1 % et 1,6 % et celle du VHC de 3,1 % à 7,1 %. En attendant les résultats de l'enquête PREVACAR (DGS/InVS), prévus pour le second semestre 2011, l'enquête la plus représentative disponible à ce jour est en effet celle de la DREES, réalisée dans la totalité des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires en 2003. Elle indique que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est de 1,1 %, 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC de 3,1 %, 4 à 5 fois supérieure à celle de l'extérieur [79]. En outre, 0,2 % des entrants se déclarent coïnfectés par le VIH et le VHC et 0,1 % déclarent 3 séropositivités (VIH, VHC, VHB).

Ces chiffres rejoignent ceux de deux autres études réalisées en 2003 concernant le VIH et les hépatites virales en prison : l'enquête « un jour donné » de la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS) sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC qui regroupe près de 85 % des UCSA et les données du Premier observatoire en prison de l'hépatite C (POPHEC) qui regroupe environ 50 % des UCSA. L'étude de la DHOS – qui n'est pas une enquête de prévalence car elle ne décrit que les patients VIH+ et VHC+ connus – relève que 1,6 % des entrants reçus par les équipes médicales sont atteints du VIH, 3 à 4 fois plus qu'en milieu libre (0,5 %), et 4,4% des entrants sont infectés par le VHC, 4 à 5 fois plus qu'en milieu libre (1 %), surtout parmi les usagers de drogues injecteurs (respectivement 13 % et 55 %). Elle souligne que 5 % des détenus sont atteints soit du VIH, soit du VHC, soit des deux (DHOS, 2004). Le POPHEC évalue la prévalence du VHC en prison à 7,1 % [157].

Les risques de transmission virale sont d'autant plus élevés dans le contexte carcéral que les injecteurs ont davantage tendance à partager leur matériel [81]. Ainsi, parmi les 43 % d'usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant l'incarcération qui continuent à s'injecter en prison, 21 % déclarent partager leur matériel [82]. Si la prison est un lieu de haute prévalence du VIH et des hépatites virales, principalement du fait de la forte proportion des usagers de drogues par voie intraveineuse, c'est aussi un lieu générateur de pratiques à risque : 13 à 23 % des injecteurs de drogues incarcérés ont démarré l'injection en prison [82]. Par ailleurs, toutes les personnes atteintes du VIH ou du VHC ne connaissent pas leur statut sérologique à l'entrée en prison : 40 % seulement ont déjà eu un test de dépistage du VIH, 27 % du VHC et 31 % du VHB [79].

¹⁸⁹ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'Administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

11.2. Organisation de la politique de santé en prison et organisation des soins en prison

11.2.1. La santé en prison (organisation des soins en prison)

Organisation des soins en milieu carcéral

L'organisation des soins en prison est régie par la loi du 18 janvier 1994¹⁹⁰ qui a transféré les compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier. En séparant les fonctions de soin et de surveillance, la loi de 1994 a permis l'entrée de l'hôpital dans les prisons françaises grâce à la mise en place d'un système de conventions entre les hôpitaux et les prisons. Aujourd'hui, chaque établissement pénitentiaire est lié à un établissement hospitalier qui est responsable de la prise en charge sanitaire des détenus. Cette réforme représente une véritable rupture avec la situation d'avant 1994 : elle a permis de structurer la filière de soins en milieu carcéral, en organisant de façon séparée les soins somatiques et les soins en santé mentale.

La mise en place des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), chargées des soins somatiques aux détenus, a constitué le premier volet de la réforme de 1994. Aménagées au sein de chaque prison, ces unités sont des services hospitaliers, placés sous la responsabilité d'un chef de service, chargés d'assurer pour les personnes incarcérées les examens de diagnostic et les soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; ils sont chargés aussi de mettre en place les actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements. L'UCSA a donc remplacé l'ancienne infirmerie. Dans les établissements de plus de 1 000 détenus, un pharmacien peut organiser et gérer une pharmacie à usage interne ; dans les autres établissements, la pharmacie de l'hôpital est utilisée. On dénombre aujourd'hui 178 UCSA, soit une UCSA dans chaque établissement, à l'exception des centres de semi-liberté.

Le deuxième volet de la réforme s'applique au schéma national d'hospitalisation des personnes détenues qui a été officialisé par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. Il prévoit la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) dans huit pôles¹⁹¹, afin de faciliter l'hospitalisation des détenus. La compétence de soins somatiques des UCSA inclut en effet les soins ambulatoires nécessitant des ressources techniques localisées à l'hôpital (pour les consultations, les examens spécialisés ou les hospitalisations), qui ne peuvent être mis à la disposition des détenus qu'avec des moyens spécifiques (escorte pénitentiaire pour les transferts vers l'hôpital, présence des forces de l'ordre en cas d'hospitalisation), coûteux en temps et en personnels, nécessitant la coordination de multiples partenaires et institutions. C'est pour limiter ces difficultés que les UHSI ont été mises en place depuis février 2004, de façon à accueillir les détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures (capacité totale : 170 lits d'hospitalisation de court séjour). Dotées d'une compétence médico-chirurgicale, les 7 UHSI ouvertes depuis 2004 sont implantées dans les centres hospitalo-universitaires.

¹⁹⁰ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale complétée par le décret du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994.

¹⁹¹ Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris Pitié Salpêtrière. La 8^{ème} UHSI ouvrira à Rennes fin 2011.

Pour les soins en santé mentale, les détenus sont pris en charge par le service médico-psychologique régional (SMPR), lorsqu'il existe, avec dans quelques uns d'entre eux, une possibilité d'hospitalisation de jour. Créés en 1986¹⁹², les 26 SMPR (un par région administrative), sont des services rattachés à un établissement public de santé liés par convention à l'établissement pénitentiaire et qui y sont installés. Ils assurent les soins psychiatriques courants au bénéfice des personnes détenues dans leur établissement pénitentiaire d'implantation : en plus de leurs missions de psychiatrie générale, ils sont donc chargés de prendre en charge l'alcoolisme et la toxicomanie. Ils sont chargés de dépister les pathologies mentales, d'œuvrer à la prévention des suicides, de dispenser aux détenus des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale, de favoriser l'accès aux soins pour certains détenus qui ont habituellement, en milieu libre, peu ou pas recours au dispositif de soins psychiatriques et aussi d'organiser la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Pour prendre en charge les problèmes spécifiquement liés à la toxicomanie, 16 établissements pénitentiaires sont dotés, depuis 1987, de centres de soins spécialisés aux toxicomanes *intra-muros* (autrefois dénommés « antennes toxicomanie »), qui complètent le dispositif de soins psychiatriques et qui dépendent des SMPR. Implantés dans les grandes maisons d'arrêt (couvrant un quart de la population incarcérée), ces CSAPA ont officiellement pour missions le repérage des toxicomanes, le recueil épidémiologique, leur suivi et leur préparation à la sortie. Depuis 1994, les SMPR sont suppléés par les secteurs de psychiatrie générale intervenant au sein des UCSA, au nombre de 152 fin 2010 (contre 93 fin 2009).

Enfin, depuis 2010, des unités spécialement aménagées (UHSA) ont été mises en place. Implantées en milieu hospitalier¹⁹³, elles doivent permettre les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) de détenus atteints de troubles mentaux, lorsqu'il s'avère impossible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique. La création des UHSA doit notamment faciliter la mise en œuvre des dispositions de l'hospitalisation d'office prévues par la loi de 2002¹⁹⁴.

Toute personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin « dans les délais les plus brefs » (art. D 285 du code de procédure pénale). Cette visite médicale d'entrée est obligatoire. Elle doit être l'occasion pour le détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement. Si le détenu entrant a un traitement médicamenteux en cours, le médecin doit en être avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait (art. D 335 du CPP).

Face à la diversité d'interprétation des textes en vigueur, le sevrage pouvant par exemple être entendu comme unique modalité de traitement envisageable, un certain nombre de textes sont venus préciser l'organisation des soins spécifiquement dédiés aux toxicomanes en milieu carcéral. Les circulaires du 5 décembre 1996 et du 30 janvier 2002 spécifient l'organisation de la délivrance de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Elles indiquent que les TSO peuvent être initiés et poursuivis en prison. Cela a d'abord été le cas de la buprénorphine haut dosage (BHD), qui peut être prescrite par tout médecin exerçant en milieu carcéral depuis le

¹⁹² Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 portant création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

¹⁹³ La première a été ouverte à Lyon-Le Vinatier en mai 2010. Les UHSA de Toulouse et Nancy seront livrées en 2011.

¹⁹⁴ La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévoit, dans son article 48, que « l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ».

5 décembre 1996, puis de la méthadone, qui peut être prescrite dans les mêmes conditions depuis le 30 janvier 2002.

Équivalence des soins

Inspirée par les recommandations du HCSP [158], la réforme de 1994 va au-delà d'une simple réorganisation des soins : elle pose le principe d'une équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre en affichant l'objectif d'« *assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population* ». La loi de 1994 accorde ainsi aux détenus une couverture sociale (article 3), ce qui traduit une reconnaissance du détenu en tant que citoyen, doté de droits équivalents à ceux de toute personne libre. Le principe juridique d'équivalence des soins instauré par la loi du 18 janvier 1994, selon lequel les détenus devraient pouvoir bénéficier des mêmes droits que ceux de la population générale, a été réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009¹⁹⁵ : « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* » (article 46).

Le principe général qui prévaut est donc celui d'une équivalence des soins. Toutefois, l'État encadre plus précisément la prise en charge des personnes présentant une dépendance aux drogues en détention en la confiant à deux services (médecine générale et psychiatrie) qui dépendent du service hospitalier : l'UCSA et le SMPR, auxquels s'ajoutent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes intra-carcéraux qui fonctionnent sous la responsabilité du SMPR.

Financement des soins en milieu carcéral

Avant 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins aux détenus relevaient de la seule compétence de l'administration pénitentiaire, par le biais de la « médecine pénitentiaire »¹⁹⁶. En inscrivant une logique de santé publique en milieu carcéral, la réforme de 1994 permet une passerelle avec l'hôpital et opère un changement d'échelle dans l'attribution des moyens à la médecine en milieu pénitentiaire. La direction de l'administration pénitentiaire conserve toutefois deux missions en milieu pénitentiaire : aménager les locaux des UCSA selon les normes fixées par le ministère de la Santé et assurer la sécurité des personnels hospitaliers de l'UCSA et la surveillance des personnes détenues venant en consultation.

La prise en charge des soins aux personnes détenues est donc de la compétence exclusive du ministère de la Santé. Tous les détenus étant immatriculés et affiliés à la Sécurité sociale, les crédits dédiés à la prise en charge des soins aux personnes détenues (incluant le financement du fonctionnement des UCSA et des SMPR) relèvent de l'assurance-maladie, dans le cadre d'un budget dit de mission d'intérêt général (MIG). Le financement des cotisations de l'assurance-maladie bénéficiant aux détenus est, en revanche, assuré par le ministère de la Justice¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (NOR: JUSX0814219L)

¹⁹⁶ Un ou plusieurs médecins vacataires étant désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement.

¹⁹⁷ L'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale est obligatoire pour toute personne détenue, française ou étrangère, depuis 1994. L'État acquitte les cotisations sociales correspondantes au travers d'une dotation budgétaire du ministère de la justice versée aux caisses d'assurance maladie. Il finance aussi la part non prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins et le forfait hospitalier lors des hospitalisations.

Compte tenu de la démographie pénale et de l'allongement de la durée des séjours en détention, les enveloppes consacrées à la santé en milieu carcéral progressent. Selon les chiffres les plus récents, en 2007, le montant de la dotation accordée aux établissements hospitaliers au titre des UCSA s'élevait à 136,6 M€, alors que le financement des SMPR s'élevait à 27,7 M€, pour une population de 58 402 détenus (au 1^{er} janvier 2007). Avant la loi du 18 janvier 1994, l'administration consacrait à la santé 46 M€ de crédits (300 millions de francs), pour une population carcérale de 53 777 détenus¹⁹⁸. Au lendemain de la réforme, l'enveloppe dédiée aux soins en milieu carcéral a été portée à 69 M€ (393 MF), afin de financer la création des UCSA et compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique préexistant.

La prévention en milieu pénitentiaire, partie intégrante de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue, est cofinancée par l'administration pénitentiaire à hauteur d'un million d'euros par an. Le premier bilan de la réforme de 1994, effectué en 1996, ayant montré une insuffisance des moyens en personnel, eu égard à l'importance des besoins sanitaires de la population pénale et aux contraintes liées au milieu pénitentiaire, consommatrices de temps de personnel soignant, des mesures ont été prises pour renforcer les moyens en personnel dans le secteur psychiatrique (en 1996) comme dans le secteur somatique (en 1997).

Personnels affectés aux soins

Le budget des UCSA correspond à environ 470 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants : 306 ETP de personnels médicaux pour les soins somatiques et 163 personnels médicaux pour les soins psychiatriques, auxquels s'ajoutent les personnels non médicaux. Les personnels de santé affectés aux structures de soins en prison représentent un total d'environ 2 400 agents (environ 7 % des 34 000 fonctionnaires travaillant au sein de l'administration pénitentiaire en 2010). Le nombre de postes à temps plein de personnels médicaux affectés au sein des unités de soins en prison a augmenté de près de 50 % en dix ans (cf. tableau 3), tandis qu'avant 1994, les personnels soignants étaient des bénévoles recrutés par la Croix-Rouge¹⁹⁹.

Cependant, compte tenu de l'augmentation, en parallèle, du nombre de personnes incarcérées, l'accès des détenus aux soignants a moins rapidement progressé. En 2007, moins d'un temps plein médical était disponible pour 100 détenus (0,52 médecin de soins somatiques et 0,28 médecin de soins psychiatriques). On compte aujourd'hui 8 médecins pour 1 000 détenus, alors que la densité médicale en population générale est de 3,38 médecins pour 1 000 habitants (toutes spécialités confondues, dont 0,22 psychiatre pour 1 000 habitants, selon l'Insee). Au regard de l'ampleur des besoins de soins de la population détenue, 6 à 7 fois supérieurs à ceux de la population générale, cette différence d'accessibilité est jugée faible : la prévalence de troubles psychiatriques est de 47 % de troubles dépressifs en prison vs 8 % dans la population générale (près de 6 fois plus) et 3,8 % de schizophrènes en prison vs 0,5 % dans la population générale (près de 8 fois plus). Par ailleurs, le taux de couverture médicale des détenus est un taux moyen qui ne rend pas compte des fortes disparités selon les établissements et selon les régions géographiques : il traduit donc la facilité théorique d'accès aux soins.

¹⁹⁸ Au 1^{er} juillet 1993. Chiffres cités par Claude Huriet, professeur de médecine et ancien sénateur, dans son rapport n°49 (1993-1994) sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale.

¹⁹⁹ Au 1^{er} janvier 1994, on comptait près de 250 médecins, 141 infirmières pénitentiaires et 172 infirmières recrutés par la Croix-Rouge pour prendre en charge la santé des détenus, en application de la convention du 17 février 1987 conclue entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge.

Tableau 11.2 : Effectifs médicaux en détention (1997-2007)

	Nombre de détenus	ETP médicaux somatiques pourvus	ETP médicaux psy pourvus	Total ETP médicaux	Nombre ETP médicaux pour 1000 détenus
1997	54 269*	199,99	114,31	314,29	5,8
2001	47 005	257,31	146,10	403,41	8,6
2006	58 344	267,72	149,34	417,06	7,1
2007	58 402	306,00	163,09	469,09	8,0
Évolution 1997-2007	Non pertinent	+ 53,01 %	+ 42,68 %	+ 49,25 %	+ 37,73 %

Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la Santé

*Le chiffre disponible auprès du ministère de la Justice pour l'année 1997 correspond à l'ensemble des personnes sous écrou, détenues et non détenues. Le nombre de détenus « réel » est donc inférieur.

11.2.2. Politiques de prise en charge de l'usage de drogues parmi les détenus

Objectifs de la politique nationale des drogues en milieu carcéral

La continuité des soins aux usagers de drogues à la sortie de prison fait partie des objectifs des stratégies gouvernementales de lutte contre les drogues depuis les premiers plans d'action élaborés par l'organe de coordination interministérielle de la lutte contre les drogues dans les années 1980. C'est le Plan 1999-2001 de la MILDT qui, le premier, identifie les usagers incarcérés comme une population-cible privilégiée, pour laquelle la prise en charge est « à construire et à renforcer »²⁰⁰ [159]. C'est aussi le premier document de programmation nationale qui affirme que « la réduction des risques en prison est un enjeu majeur de santé publique » et accompagne son diagnostic de propositions concrètes visant à améliorer la prise en charge sanitaire des détenus et préparer leur sortie de prison :

- création de places d'accueil pour les sortants de prison en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- programmes de préparation à la sortie avec le développement des unités pour sortants (UPS), expérimentées à partir de 1997 ;
- amélioration de la coordination et du pilotage des soins en addictologie avec transfert de la responsabilité de cette coordination aux UCSA pour l'ensemble des établissements pénitentiaires²⁰¹ ;
- suivi des travaux de la mission de réflexion santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral [160] ;
- renforcement de la coordination interministérielle entre services pénitentiaires et sanitaires, à travers la note interministérielle santé-justice du 9 août 2001²⁰² visant à

²⁰⁰ Plan triennal 1999-2001, p.91.

²⁰¹ Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

²⁰² Note interministérielle du 9 août 2001 sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ayant une consommation abusive.

réunir l'ensemble des services autour d'une réflexion sur les besoins de soins des détenus et à définir une organisation des services permettant d'y répondre ; les orientations de cette note interministérielle²⁰³, ont été reprises dans plusieurs textes administratifs plus récents²⁰⁴ ;

- Souci d'évaluation systématique des améliorations apportées par les mesures du Plan : la note interministérielle santé-justice du 9 août 2001 a ainsi été assortie d'une évaluation par l'OFDT [161], de même que les unités pour sortants ([162] ; [163]).

Moins engagé sur la problématique de l'usage de drogues en milieu carcéral, le Plan 2004-2008 prévoit de « développer un programme de prévention » en milieu pénitentiaire [164]. L'imprécision des objectifs affichés dans ce plan a conduit à une faible mise en œuvre des recommandations issues de la mission santé-justice [160] et du rapport Delfraissy sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH [90], dénoncée par les professionnels et les associations intervenant en milieu pénitentiaire, parmi lesquels l'Association française de réduction des risques (AFR).

Dans la continuité des plans précédents, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à « améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés »²⁰⁵ [165]. Comme ses prédécesseurs, il souligne les insuffisances de la prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral et identifie plusieurs axes de progrès. Premièrement, il note que les moyens du dispositif de prise en charge des usagers de drogues et d'alcool mis en place en milieu carcéral sont en-deçà des besoins. Deuxièmement, le Plan déplore la fréquence importante des hépatites chez les usagers de drogues incarcérés et souligne les freins à l'accès au traitement (extraction de la prison pour consultations d'hépatologie et/ou hospitalisation pour biopsie hépatique allongeant le délai de mise en route des traitements). Enfin, il pointe la persistance des difficultés d'hébergement et de continuité des soins à la sortie de prison, notamment dans les maisons d'arrêt.

Partant de ces constats, le Plan formule plusieurs propositions. Tout d'abord, pour améliorer la réinsertion des sortants de prison, il se fixe pour objectif de garantir l'existence d'au moins une unité d'hébergement accessible aux sortants de prison par région pénitentiaire. A cette fin, le Plan a créé, par appel à projets national, une possibilité de financement de 4 programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médicosociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison. Deux CSAPA ont ainsi été financés en 2009 (à hauteur de 300 000 euros chacun) et deux autres en 2010 pour ouvrir une dizaine de places destinées aux sortants de prison, au sein d'unités ayant pour objectif de proposer un accueil immédiat à la sortie de prison, afin de poursuivre l'accompagnement réalisé en détention et mettre en place dès la sortie des relais

²⁰³ La note interministérielle de 2001 explicite les règles relatives à la réduction des risques en milieu carcéral : suivi de la personne pendant le cursus carcéral, proposition d'une prise en charge adaptée, renforcement de la prévention des risques, préparation à la sortie et proposition d'aménagements de peine.

²⁰⁴ Ministère de la santé et de la protection sociale, ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 36 (http://www.sante-prison.com/les_docs/000116.pdf); circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n°2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale (<http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020046.htm>)

²⁰⁵ Plan 2008-2011, fiche n°3-6, p.67.

médico-sociaux et d'insertion²⁰⁶. Un financement a aussi été prévu pour cinq projets de mise en place d'une consultation avancée de CSAPA au sein de structures d'hébergement accueil hébergement insertion (AHI) pour des personnes dépendantes sortant de prison²⁰⁷. Un seul projet, dans les Pays de la Loire, a été financé au titre de ce projet, à hauteur de 9 000 € (financement complémentaire du CSAPA Accueil info drogues de l'association Montjoie par l'ONDAM médico-social, au titre de mesures nouvelles en année pleine venant s'ajouter à la dotation globale de fonctionnement du CSAPA).

Le Plan 2008-2011 a défini par ailleurs des objectifs à atteindre en termes de soins aux personnes dépendantes en prison, en prévoyant la création de 100 nouvelles consultations d'addictologie orientées vers l'alcoologie, la mise en place de consultations d'hépatologie avec mise à disposition de Fibroscan^{©208}, la formation des professionnels de santé aux addictions et aux maladies infectieuses dont les hépatites, la réalisation et la diffusion d'un guide de bonnes pratiques professionnelles, notamment concernant les traitements de substitution aux opiacés, une information des détenus sur le VIH et les hépatites, notamment sur l'intérêt du dépistage et de son renouvellement si les marqueurs sont négatifs. Le Plan propose également d'évaluer l'offre de dépistage et de soins concernant le VIH, le VHC, et les traitements de substitution aux opiacés en milieu pénitentiaire et de rédiger un référentiel multi-professionnel de préparation à la réinsertion des personnes incarcérées présentant une addiction. Ces objectifs n'ont pour l'instant pas été évalués.

Enfin, les ministères de la santé et de la justice ont publié en 2010 le premier plan national d'actions pour améliorer la santé des personnes détenues, pour la période 2010-2014 [166]. Ce plan aborde tous les aspects de la politique sanitaire en détention, en prévoyant d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues, de renforcer les dispositifs de soins existants et de les faire évoluer, de prévoir des dispositifs renforcés pour certaines catégories de détenus (notamment les personnes présentant des troubles addictifs), etc. Il insiste sur l'importance de la continuité des soins après la libération et prévoit, outre la création d'appartements de coordination thérapeutique ou de lits halte soins santé, d'organiser de façon cohérente l'accès à l'hébergement des personnes sortant de détention, afin de permettre la poursuite des soins et de mettre en place des référentiels et formation communs.

Politiques concernant la prévention, la réduction des risques et les soins pour les détenus usagers de drogues

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus prévoit 6 axes, dont un sur la prévention et la promotion de la santé et un sur l'accès aux soins. L'axe consacré à la prévention, inspiré des recommandations de l'expertise collective sur la réduction des risques [103], se décline en 5 mesures, visant notamment à renforcer la prévention du

²⁰⁶ Circulaire interministérielle DGS/MC2/MILDT n° 2009-63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0154.pdf); circulaire interministérielle DGS/MC2/DGAS/DSS/MILDT n°2009-371 du 14 décembre 2009 relative à la sélection des projets dans le cadre de l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-01/ste_20100001_0100_0063.pdf)

²⁰⁷ Plan 2008-2011, fiche n° 3-10, p.74.

²⁰⁸ Test sanguin utilisé pour le suivi des patients atteints d'hépatite C. Il permet d'évaluer le degré de fibrose du foie (c'est-à-dire son élasticité), sans recourir à une ponction biopsie hépatique, douloureuse pour le patient et dont le résultat n'est pas immédiat.

suicide en détention, à évaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques, à agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et à rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Le Plan 2010-2014 vise notamment la mise en place de mesures de RDR adaptées et applicables en détention pour pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibrosan® en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). L'axe du Plan consacré aux soins détaille 6 mesures, notamment celles de réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale, améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des détenus et d'organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie. Le plan définit par ailleurs des orientations dans le domaine de la recherche et de la surveillance, en proposant de mener des recherches répétées sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral, par la mise en place de l'enquête PREVACAR, dont le promoteur est la Direction générale de la santé et la coordination scientifique est assurée par l'Institut de veille sanitaire.

Les orientations de ce plan vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du dernier plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012²⁰⁹ qui définit un cadre d'intervention général pour le milieu carcéral, se limitant à réaffirmer l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice du 9 août 2001. Le Plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011²¹⁰ n'a, quant à lui, pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral.

Schémas de délivrance de soins pour les usagers de drogues en prison

Prévention des maladies infectieuses et réduction des risques

Tous les détenus passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral, effectuée par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses.

Pour garantir la RDR, désormais inscrite dans la loi²¹¹, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996²¹². La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : un

²⁰⁹ Comité stratégique du plan national hépatites virales, Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012, janvier 2009, p. 17 (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf)

²¹⁰ Commission addiction, Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, novembre 2006 (http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf)

²¹¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique. Cette loi propose une définition officielle de la politique de réduction des risques (« la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », art. L. 3121-4) et impute la responsabilité de définir cette politique à l'État (art. L. 3121-3).

²¹² Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994 (167. Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. 2002, Paris: La Découverte. ; 168. Bergeron, H., *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. 1999, Paris: PUF. 370 p.), la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1996 pour le milieu carcéral : 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 ; circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de

détenu substitué doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, plus particulièrement à base de buprénorphine haut dosage (BHD). Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire pour la méthadone²¹³.

En dehors de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH : conformément aux recommandations du rapport Gentilini [87], la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, a été généralisée en prison, afin de nettoyer tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis le 15 décembre 1997 et, depuis 2001, l'administration invite les personnels sanitaires à informer les détenus des modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. Le dispositif légal mis en place par la circulaire du 5 décembre 1996 pour lutter contre la propagation du VIH prévoit également la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) : les détenus peuvent les conserver sur eux ou en cellule. Un accès à une prophylaxie antirétrovirale lors d'accidents d'exposition au sang est également prévu pour les personnels sanitaires, pénitentiaires ainsi que les détenus. Ainsi, pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seule possibilité actuelle de se protéger du risque de contracter le sida, en dehors d'avoir recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition et aux préservatifs et lubrifiants en cas de relations sexuelles, consiste à désinfecter les seringues à l'eau de Javel. Ces mesures de nettoyage du matériel d'injection à l'eau de Javel ont prouvé qu'elles étaient efficaces pour l'éradication du VIH : il est en revanche établi qu'elles ne sont pas suffisamment efficaces pour combattre le virus de l'hépatite C [169]. En milieu libre, les messages sur la désinfection à l'eau de Javel ont d'ailleurs été largement abandonnés, au profit de messages sur l'absence de réutilisation du matériel d'injection (« À chaque injection, du matériel neuf »).

Contrairement au milieu libre, l'accompagnement des usagers de drogues est limité en milieu pénitentiaire (*counselling*, éducation par les pairs, soins de santé primaires) et l'accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, cupules stériles, seringues), pourtant autorisé en milieu libre depuis 1989, est absent de tous les établissements pénitentiaires. Il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison.

En dépit des recommandations répétées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993, les usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient donc pas, en France, d'un accès au matériel stérile d'injection. Depuis 1997, le refus des pouvoirs publics d'installer des programmes d'échange de seringues en détention est constant : en 2000, ils jugeaient la mise en place de PES « prématurée » du point de vue de l'opinion publique, tout en invoquant le cadre juridique (qui prohibe l'usage de produits stupéfiants) et les effets contre-productifs d'une introduction des PES en détention (risques de constitution de réseaux d'échange de seringues, risque de reprise de l'injection pour les usagers) [160]. Plus récemment, lors de l'examen du projet de loi pénitentiaire en 2009, le Conseil national du sida (CNS) a relancé cette proposition, en prônant la mise en œuvre immédiate et progressive de programmes d'échange de seringues

l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

²¹³ Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.

dans l'ensemble des établissements pénitentiaires²¹⁴ [170]. Ses recommandations n'ont pas été reprises dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Prise en charge et traitement des dépendances

Les UCSA et les SMPR, responsables du respect des règles d'hygiène et de la mise en œuvre des actions de prévention, d'éducation à la santé et de prophylaxie (mise à disposition de traitements post-exposition auprès du personnel et des détenus), sont aussi chargés de veiller à ce que les outils de prévention et de RDR soient accessibles aux personnes incarcérées. Tous les établissements sont tenus de proposer à l'entrée un traitement de substitution aux usagers de drogues dépendants aux opiacés : la prescription de médicaments de substitution, théoriquement possible dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage (Subutex® depuis 1994 et/ou ensuite génériques Arrow® et Mylan®), est cependant mise en œuvre de façon disparate selon les établissements (cf. 3. Provision). En pratique, l'accès aux traitements de substitution dépend, le plus souvent, des médecins des UCSA.

L'entretien avec le médecin lors de la visite médicale d'entrée (obligatoire) permet une évaluation de l'état de santé et des besoins du détenu usager de drogues ou alcool-dépendant. Le médecin prend alors les décisions qu'il juge appropriées : sevrage, poursuite ou initiation d'un traitement de substitution, orientation vers des spécialistes, cure de désintoxication, etc. Il peut aussi orienter le détenu vers les intervenants de psychiatrie (secteur de psychiatrie générale ou SMPR, qui fonctionnent en collaboration avec le service médical, c'est-à-dire l'UCSA). Les 16 SMPR dotés d'un CSAPA (placé sous la responsabilité du psychiatre en charge du SMPR) lui délèguent la prise en charge des addictions, en collaboration avec l'UCSA. Les autres SMPR (dépourvus de CSAPA) ont pour missions de favoriser la prise en charge médico-psychologique des détenus toxicomanes et leur suivi socio-éducatif, en collaboration avec l'équipe d'insertion et de probation. Cependant, comme le note le rapport Pradier [171], la multiplicité des acteurs de lutte contre la toxicomanie peut parfois être contre-productive, du point de vue de l'accès aux soins : UCSA, SMPR, CSAPA, Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), associations... Depuis l'instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, le pilotage et la coordination des soins en addictologie sont confiés à l'UCSA, pouvant cependant l'être également par convention à une personne prodiguant les soins psychiatriques dans l'établissement ou au SMPR quand il existe.

11.3. Organisation des soins liés à la drogue en prison

11.3.1. Prévention, traitement, réinsertion, réduction des risques

« Peut-on soigner en prison ? », s'interrogent certains intervenants sanitaires en prison, qui répondent à cette question par l'affirmative, mais dans certaines limites [172]. En pratique, l'accès aux soins en détention se fait sous une double contrainte : celle du temps de l'incarcération et celle du lieu qui impose l'enfermement et la surveillance. Si, globalement, les urgences et les soins quotidiens de base sont d'un niveau satisfaisant, la prise en charge des

²¹⁴ Conseil national du sida, Note valant avis du 10 septembre 2009 sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article306&artpage=1-4>)

malades chroniques s'avère insuffisante, avec de grandes difficultés d'accès aux soins spécialistes [147]. L'insuffisance des soins psychiatriques est toutefois persistante et un certain nombre de droits fondamentaux restent encore « méconnus en détention », comme « le droit à la santé » et « la protection du secret médical » [147]. Autrement dit, l'accès à la consultation dans les UCSA se fait en principe sans difficulté [172], mais pas dans tous les établissements, et le cas de certains détenus, par exemple usagers de drogues en situation d'abus ou atteints de pathologies graves, est plus complexe car leur traitement est difficilement compatible avec un maintien en détention.

Évaluation de l'usage de drogues dans le cadre de l'examen de routine lors de l'entrée en détention

La population carcérale constitue un groupe à haute prévalence de consommation de drogues. Alors que l'enquête la plus ancienne, menée en 1986 par le service des études de l'Administration pénitentiaire, estimait la proportion de toxicomanes parmi les entrants en prison à 10,7 % [173], en 2003, un tiers des entrants en prison déclaraient une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours de l'année précédant l'incarcération, lors de la visite médicale obligatoire à l'entrée en prison [79]. Comme en population générale, le cannabis est la substance la plus fréquemment consommée (29,8 %), loin devant la cocaïne et le crack (7,7 %), l'héroïne et les opiacés (6,5 %), les médicaments détournés de leur usage (5,4 %) et les autres produits (4,0 %), souvent des amphétamines. Plus d'un entrant sur dix est polyconsommateur de produits illicites. Par ailleurs, plus de trois entrants en prison sur dix déclaraient une consommation problématique d'alcool²¹⁵ (31 %) et, alors que 80 % des détenus sont fumeurs, on compte 15 % de fumeurs intensifs (au moins 20 cigarettes par jour).

Par rapport à la situation observée lors de l'édition précédente de l'enquête, six ans auparavant, la proportion d'usagers réguliers de cannabis parmi les entrants était en augmentation en 2003, alors que celle des utilisateurs d'opiacés ou de cocaïne était en baisse ([152] ; [79]). La part des polytoxicomanes s'est elle aussi abaissée, passant de 15 % à 11 %.

L'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions moindres, pendant l'incarcération [174].

La pratique de l'injection est importante en détention, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer parmi les entrants : 3 % déclarent une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 2003, vs 6 % en 1997 [79]. La majorité (61 %) des usagers de drogues vus en milieu libre, au sein du dispositif spécialisé (haut seuil, bas seuil, médecins généralistes) déclarent avoir été incarcérés au moins une fois dans leur vie : parmi eux, 12 % se sont injectés des produits en prison ([37] ; [96]). Une étude plus ancienne a établi que 13 % des injecteurs (opiacés ou autres produits) actifs au cours de l'année précédant l'incarcération se sont injectés des produits pendant les trois premiers mois de leur incarcération et la moitié d'entre eux ont partagé des seringues, les programmes d'échange de seringues étant interdits [175]. De ce fait, la prison est un lieu à haut risque infectieux : elle concentre une population souvent concernée par l'usage de drogues, précarisée, marquée par des prévalences élevées du VIH-VHC-VHB, où les pratiques de tatouage et de piercing sont surreprésentées et qui fait des allers-retours fréquents avec le milieu libre. Dans l'enquête

²¹⁵ Définie, dans l'enquête, comme supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinuée.

nationale de prévalence des hépatites B et C menée en 2004, le risque relatif de contracter les hépatites B et C au cours de l'incarcération a été calculé : il est multiplié par 10 pour le VHC et par 4 pour le VHB [176].

Selon les études, 60 % à 80 % des détenus injecteurs cesseraient de s'injecter en détention [160] : les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique semblent réduire la fréquence de leurs injections, en augmentant toutefois les quantités injectées [177] et en étant par plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont très importants. Les risques de contamination virale sont même plus importants en détention qu'en milieu libre, étant donné la prévalence du VIH et du VHC en détention, et la rareté du matériel disponible pour l'injection : 6 à 7% des usagers de drogues en prison commenceraient à pratiquer l'injection en prison [177].

En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se développent pendant la détention : d'une façon générale, on observe un transfert relatif des consommations de drogues illicites et rares vers les médicaments [160]. L'étude menée auprès des entrants en prison dans le cadre du programme OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) confirme que le détournement de médicaments est plus élevé dans la population détenue que parmi les sujets rencontrés dans des structures sanitaires en milieu libre : obtention illégale deux fois plus importante et prise de doses journalières deux fois plus importantes et supérieures à celles autorisées ; les entrants en prison sont, par ailleurs, presque deux fois plus nombreux à s'administrer les produits par voie nasale et ils sont davantage consommateurs de benzodiazépines et de produits illicites [150].

Prévention, information et activités éducatives pour les détenus

Chaque arrivant en prison reçoit un livret d'accueil par l'administration pénitentiaire, ainsi que le livret de présentation de l'UCSA. Ces deux documents doivent notamment l'informer sur l'offre de prévention VIH/VHC/IST disponible en milieu carcéral, l'accès aux préservatifs, la manière de formuler une demande de soins, etc. Après l'incarcération, le détenu en maison d'arrêt a un droit d'accès aux informations contenues dans son dossier médical ; il peut désigner une personne de confiance et définir son rôle dans la prise en charge ; il peut consentir (ou non) aux soins qui lui sont proposés.

Au-delà du droit à l'information des détenus pris en charge par le système de soins, conforté par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et le décret du 29 avril 2002, le législateur de 1994 a souhaité faire de la prévention et de l'éducation pour la santé un axe fort de la réforme pénitentiaire, parallèlement au volet curatif. Les actions de prévention et d'éducation à la santé disponibles en milieu carcéral dépendent des UCSA : le médecin responsable de l'UCSA coordonne les actions d'information et de prévention des maladies transmissibles, en collaboration avec l'administration pénitentiaire et en partenariat avec les services de l'État, les conseils généraux, les comités d'éducation pour la santé, les organismes d'assurance maladie, les réseaux et associations spécialisés, etc. En France, les actions d'éducation à la santé peuvent prendre la forme d'entretiens individuels (lors de consultations), de réunions collectives d'information et de prévention (souvent menées au sein de l'établissement pénitentiaire par des intervenants extérieurs), ou d'initiatives de mise à disposition d'informations (brochures, documents d'information).

En termes de prévention, les détenus ont un accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques [92]. De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH [101] et très faible pour celle du VHC [102]. En effet, la prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1 % pour le VIH, voisine de 3 % pour le VHB et de 7% pour le VHC [103]. Par ailleurs, les pratiques d'injection sont avérées en détention [92] et le partage du matériel concerne 1 à 3 détenus usagers de drogues sur 5 ([104] ; [37, 96]), ces populations étant par ailleurs souvent porteuses du VIH et du VHC. Toutefois, les usagers de drogues en détention ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES) ([170, 178]).

En termes d'éducation à la santé, des expériences de soutien à la mise en place de programmes ce type en milieu pénitentiaire ont été initiées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)²¹⁶ dès la réforme de 1994. Implantées sur une dizaine de sites pilotes et animées par les Comités d'éducation pour la santé, des « formations-actions » ont permis de réunir surveillants, équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires, membres des services pénitentiaires d'insertion et de probation, et enseignants, afin de développer une culture commune de l'intervention en santé. L'objectif de ce type d'initiative est de permettre une évolution des pratiques professionnelles en favorisant la coordination, qui reste l'obstacle principal à la mise en œuvre d'activités de prévention et d'éducation dans les conditions et les contraintes de l'environnement pénitentiaire²¹⁷. En pratique, les programmes d'éducation à la santé sont largement inappliqués [179] et ne sont mis en place que dans certains établissements. Théoriquement, les établissements publics de santé sont chargés d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) présent dans chaque département, la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé. Il apparaît pourtant que, d'une manière générale, y compris lorsqu'un tel plan existe, il demeure lettre morte. Nombre de rapports d'activité établis par les UCSA font état de cette situation. La situation de surpopulation des maisons d'arrêt constitue très fréquemment un obstacle à la mise en œuvre de ces programmes. De plus, les services médicaux, confrontés à des files actives de patients toujours plus importantes, concentrent leur action sur l'administration des soins proprement dits. D'autre part, les UCSA se heurtent souvent aux insuffisances des structures extérieures spécialisées dans la promotion de la santé

L'axe relatif à la prévention et à l'éducation à la santé reste à développer sur trois points²¹⁸ :

- la connaissance de la mission et du rôle des différents intervenants en matière d'éducation pour la santé ;

216 Ex-Comité français d'éducation à la santé (CFES).

217 Allocution de Philippe Lamoureux, directeur général de l'INPES, « La prévention et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : une démarche à approfondir, à interroger, au besoin à réorienter », Actes du colloque organisé par les ministères de la Santé et de la Justice et l'INPES, le 7 décembre 2004 à Paris (« Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? »).

218 Source : colloque « Santé en prison Dix ans après la loi : quelle évolution ? », organisé par les ministères de la santé et de la justice et l'INPES, le 7 décembre 2004 à Paris, table ronde : Prévention et éducation pour la santé.

- la légitimité des actions en éducation pour la santé dans le parcours d'aide à la réinsertion de la personne détenue ;
- une meilleure adaptation au milieu carcéral de la « méthodologie de projet »²¹⁹ et du travail partenarial et pluridisciplinaire²²⁰.

D'autres facteurs limitatifs sont souvent cités par les professionnels, tels que le manque de personnels sanitaires ou de locaux, les conditions de détention et la surpopulation carcérale, l'absence de motivation des personnes détenues, leur « turnover » important, l'absence de communication autour des projets à destination des personnes détenues et des personnels pénitentiaires et enfin, la recherche de financements.

En termes de bonnes pratiques, la mise en place d' « ateliers santé » en centre de détention, par exemple, permet la circulation d'informations sur une question de santé, choisie par les détenus eux-mêmes, dans le cadre de groupes de parole intégrant une expression artistique et la projection des représentations en lien avec le thème abordé. Sur la base de 5 à 6 séances réparties sur deux mois, les ateliers sont animés conjointement par un professionnel de santé et une comédienne, avec la participation du SPIP et de l'UCSA.

Menée en détention, l'éducation à la santé diffère des actions en milieu libre du fait des particularités du public, qui modifient la relation avec la prévention : les détenus sont une population dont le niveau d'instruction et d'alphabétisation est faible (ce qui peut poser problème pour la transmission de messages d'information), souvent frustrée de communication (si bien que les actions peuvent être ressenties, soit comme des dérivatifs, soit comme la possibilité d'exprimer l'animosité vis-à-vis du système judiciaire), qui tend à privilégier ce qui pourrait aller dans le sens d'une libération plus précoce. Le public est donc captif mais pas nécessairement réceptif, au-delà de ses intérêts immédiats.

Dispense de traitements, nombre et caractéristiques des patients suivant ces traitements

L'offre de traitements disponible en milieu carcéral comprend les traitements de substitution aux opiacés, l'accompagnement médical au sevrage et le *counselling*. Aucune communauté thérapeutique n'existe en prison.

Sources disponibles

Six sources principales permettent (ou permettront) de documenter l'évolution de l'offre de substitution aux opiacés en milieu carcéral, les deux premières émanant directement des services du ministère de la Santé.

219 Bien adaptée à la promotion de la santé, la méthodologie de projet, doit permettre à l'ensemble des acteurs de créer au sein de l'établissement les conditions qui facilitent l'état de santé : personnes détenues, professionnels du soin, des services sociaux et éducatifs, surveillants et administration pénitentiaire. En détention cependant, l'organisation d'actions de prévention partenariales se heurte aux réticences des partenaires ou financeurs potentiels (CPAM, conseils généraux, réseaux mutualistes). Par ailleurs, les acteurs utilisent peu le guide « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire » diffusé en 1998 par les ministères de la Santé et de la Justice avec le CFES (aujourd'hui, INPES).

220 Françoise Demichel, chef d'unité d'action sanitaire, Direction régionale des services pénitentiaires de Lyon, « Quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », Actes du colloque « Santé en prison » (ministère de la Santé / ministère de la Justice / INPES), Paris, 7 décembre 2004.

La première source est issue des enquêtes menées par la DREES, en 1997 puis en 2003, dans la totalité des 134 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle fournit la proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par méthadone ou par Subutex® lors de la visite médicale d'entrée.

La deuxième source s'appuie sur les enquêtes sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral régulièrement menées par la direction générale de la santé et la direction des hôpitaux du ministère de la Santé (DGS / DHOS), entre 1998 et 2004, un jour donné, auprès des médecins responsables d'UCSA, de SMPR ou des secteurs de psychiatrie générale.

La troisième résulte du système d'information RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) mis en place depuis 2005 par l'OFDT. Le recueil de données porte sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures de soins aux toxicomanes intervenant en prison : il intègre donc uniquement les 16 maisons d'arrêt pourvues d'un CSAPA intra-carcéral (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ex-CSST ou ex-CCAA, ainsi rebaptisé depuis 2008), qui était auparavant désigné sous l'appellation d'« antenne toxicomanie », représentant un quart de la population pénale.

La quatrième source est une enquête spécifique, conduite en 2006 auprès des UCSA et des SMPR, à la demande de la DHOS, de la DGS et de la MILDT qui ont missionné l'OFDT pour réaliser une évaluation d'impact de la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant à tout médecin exerçant en établissement de santé la possibilité de proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants aux opiacés : cette enquête a intégré un volet hospitalier mais aussi un volet pénitentiaire.

La cinquième source, complémentaire, est l'inventaire des mesures de réduction des risques infectieux réalisé en 2010 auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français dans le cadre du programme ANRS-PRI2DE (Programme de recherche et intervention sur la prévention du risque infectieux en milieu pénitentiaire). Cet inventaire explorait, à travers un questionnaire adressé à l'ensemble des chefs de service d'UCSA et SMPR, l'existence et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux (dont eau de Javel, traitements de substitution aux opiacés, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, information-éducation-communication, mais aussi l'existence de soins dispensés pour des pratiques à risques potentiellement liées à l'usage de drogues). Parmi les 171 établissements pénitentiaires auxquels un questionnaire a été adressé, 103 ont retourné des informations complètes, couvrant 69 % de la population incarcérée au moment de l'enquête.

Enfin, une sixième source pourra être mobilisée prochainement : l'enquête PREVACAR, mise en place en juin 2010 par la DGS et l'InVS, permettra de produire, en 2011, les premières données de prévalence du VIH, du VHC et des TSO en milieu pénitentiaire représentatives au niveau national, grâce à la mise en œuvre d'un plan de sondages. L'enquête comprend également un volet sur l'offre de soins, exploité en 2010, qui permet de décrire l'offre de TSO disponible dans les établissements pénitentiaires, l'offre de soins et le dépistage du VIH et de l'hépatite C, ainsi que l'offre de vaccination de l'hépatite B : les résultats de ce 2^{ème} volet seront présentés ici. L'enquête prévoit par ailleurs d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées bénéficiant d'un TSO, dans un échantillon de 2 000 personnes détenues dans 27 établissements pénitentiaires tirées au sort pour être interrogées par questionnaire.

Accès aux TSO en milieu carcéral

En 2010, 9 % de l'ensemble des détenus bénéficient d'un traitement de substitution [89]. On sait par ailleurs qu'à leur arrivée en prison, environ 7 % des détenus déclarent avoir un traitement de substitution en cours, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (comme en population générale) [79]. Ce chiffre diminue pendant l'incarcération car les traitements ne sont pas systématiquement poursuivis, malgré les préconisations de la loi du 18 janvier 1994. Les interruptions de traitement, indice de l'importance prêtée à la continuité des soins en prison, concernent ainsi environ un détenu sur dix, même si ce chiffre a baissé entre 1998 et 2004 (cf. tableau 3).

Tableau 11.3 : Accès aux traitements de substitution en milieu carcéral

	mars	novembre 1999	décembre 2001	février
	1998			2004
Établissements pénitentiaires	160/168 (95%)	159/168 (95%)	168 (100%)	165/168 (98%)
Pop. incarcérée au moment de l'enquête	52 937	50 041	47 311	56 939
Nombre de traitements de substitution	1036	1653	2548	3793
<i>Subutex®</i>	879 (85%)	1381 (84%)	2182 (86%)	3020 (80%)
<i>Méthadone</i>	157 (15%)	272 (16%)	366 (14%)	773 (20%)
Total pop.pénale sous substitution	2,0%	3,3%	5,4%	6,6%
Personnes sous substitution parmi les entrants	Non collecté	5,8%	12,4%	7,5%
Traitements initiés				
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	88%	70%
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	12%	30%
Traitements poursuivis				
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	86%	85%	82%
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	14%	15%	18%
Traitements interrompus	21%	19%	5,5%	11,2%
Services médicaux qui ne pratiquent pas la substitution	Non collecté	34	19	6
Pop.générale bénéficiaire d'un traitement de substitution (plan national)	Non collecté	70 000	92 000	100 000
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	80 000 (87%)	85 000 (85%)
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	12 000 (13%)	15 000 (15%)

Source : Enquêtes DGS / DHOS de mars 1998, novembre 1999, décembre 2001 et février 2004

Si, dans neuf cas sur dix, le traitement de substitution est poursuivi à l'entrée en prison, l'enjeu d'une prise en charge cohérente des dépendances aux opiacés consiste à rendre accessibles en prison l'ensemble des traitements disponibles en milieu libre. Au cours des dernières années, le nombre total de détenus sous traitement de substitution a augmenté et le nombre de services médicaux refusant de prescrire des TSO baissé²²¹. Néanmoins, l'accessibilité à ces traitements demeure disparate. Il reste encore en France un « noyau dur » d'établissements qui déclarent ne pas initier de TSO²²² ([91] ; [97], [92]), tandis que d'autres recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution) [93]. Dans l'inventaire PRI2DE réalisé en 2010 [89], 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la buprénorphine haut dosage, essentiellement dans l'objectif de limiter son détournement. Par ailleurs, les posologies de méthadone étaient plafonnées dans 17 % des établissements alors qu'aucune limitation posologique n'est prévue dans l'AMM. Malgré les circulaires ministérielles et les recommandations de pratique clinique répétées, l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre,

221 Entre 1998 et 2004, le nombre de détenus sous traitement de substitution a augmenté plus rapidement encore que la population incarcérée. La population pénale sous substitution est ainsi passée de 2 % en 1998 à 6,6 % en 2004. Parallèlement, la part des services médicaux (UCSA, SMPR ou CSST) ne pratiquant pas la substitution a diminué (cf. tableau 3).

222 En 2004, 9 établissements pénitentiaires, représentant 20 % de la population carcérale, prescrivait à eux seuls un tiers des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assurant plus de 10 %. Les éditions successives de l'enquête ont montré qu'il persistait des établissements pénitentiaires où aucun traitement de substitution n'était prescrit, même si leur nombre était en baisse, et que certains établissements ne pratiquaient les TSO que sous forme de méthadone. Des études qualitatives complémentaires ont corroboré ces éléments en montrant l'application, dans certains sites, de quotas pour les traitements de substitution, de critères pour être substitué (durée estimée de la peine par exemple) ou de modalités d'administration ne correspondant pas aux bonnes règles de prescription : Subutex® pilé ou dilué avant d'être administré, par exemple 90. Delfraissy, J.-F., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts* J.-F. Delfraissy, Editor. 2002, Flammarion: Paris.

alors même qu'il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution [94] ; [95]).

L'enquête PREVACAR permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de soins, notamment en matière de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 145 établissements pénitentiaires, cette enquête bénéficie d'un taux de participation de 86 %, représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Concernant l'offre en matière de TSO, elle montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA ont eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Ces données concordent avec les données recueillies dans l'enquête Coquelicot qui mettaient en évidence que 12 % des usagers de drogues avaient eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie ([37] ; [96]).

Le très bon taux de participation des établissements à l'enquête PREVACAR, grâce à la mobilisation des personnels des équipes soignantes, permet de disposer de données épidémiologiques représentatives de la population des détenus (le taux de données manquantes n'excédant pas 3 %). Les principales limites de l'enquête résident dans le mode déclaratif du recueil de données et l'existence d'un biais de désirabilité sociale de la part des répondants, renforcé par le caractère institutionnel de l'enquête. Cette enquête étant coordonnée par le Ministère de la Santé, il est possible que les intervenants l'aient perçue comme un contrôle de pratiques, les incitant à valoriser leur conformité aux bonnes pratiques en matière de TSO et d'éducation à la santé. De plus, le questionnaire était renseigné par le médecin responsable de l'UCSA qui n'est pas toujours au plus près de la réalité des pratiques sur le terrain, du fait de sa moindre proximité avec les personnes détenues. Enfin, le caractère imprécis de certaines questions, en particulier sur l'existence de procédures formalisées pour la continuité des soins à la sortie, a pu rendre difficile la compréhension de certaines questions par les répondants. Les informations portant plus spécifiquement sur les seringues, dont l'UCSA n'a pas toujours connaissance, proviennent de propos rapportés par d'autres intervenants que ceux de l'UCSA : ils constituent donc un indicateur objectif, quoique partiel, de pratiques d'injection en détention.

Si l'on ne connaît pas la part des détenus initiés aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initialisations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement²²³. Par ailleurs, depuis le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008,

223 Si la buprénorphine haut dosage est le principal traitement prescrit en ville (Canarelli, Coquelin, 2009), elle est, en milieu carcéral, « relativement facile à détourner de son indication » (Pradier, 1999), outre le fait qu'elle peut être « injectée » ou « sniffée ». Le mode de dispensation de la méthadone (sous forme de solution buvable à ingérer quotidiennement au centre médical sous les yeux du personnel soignant) ne se prêtant pas à ce genre de manipulation, le ministère de la Santé a autorisé en 2002 la primoprescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les SMPR.

les pouvoirs publics visent l'objectif d'améliorer l'accès aux TSO par méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Cet objectif, affirmé dans une circulaire du ministère de la santé du 30 janvier 2002, a été évalué par l'OFDT [97]. L'enquête menée auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, vs 22 % en 2004 ([35] ; [176]), si bien qu'ils représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable (2/3 de détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et 1/3 par méthadone) [89]. L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70% des établissements interrogés déclaraient au moins une primoprescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire PRI2DE déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution [89]. L'évaluation de l'OFDT a également montré que, si les règles d'organisation de la prescription étaient hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi différaient peu d'un établissement à l'autre²²⁴. Il apparaît en outre qu'environ 8 % des établissements privilégient une stratégie de sevrage et près de 10 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone [35], le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés (Michel, 2006). La structure de l'offre de TSO accessibles en milieu carcéral a donc évolué au cours des dix dernières années : bien que la BHD (Subutex®) reste prédominante parmi les traitements poursuivis en prison, la part de la méthadone est en hausse, tout particulièrement depuis la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant aux médecins la possibilité de prescrire la méthadone en première intention : en 2004, 30% des initialisations effectuées étaient à base de méthadone (contre 12% à la veille de la circulaire).

Caractéristiques des détenus bénéficiant d'un TSO

Les caractéristiques des détenus bénéficiant d'un traitement de substitution sont documentées par l'enquête RECAP (OFDT), qui porte sur les usagers de drogues reçus dans les CSAPA intervenant en prison. Dans les 9 CSAPA en milieu fermé ayant répondu à la dernière édition de l'enquête (sur 16 au total), le public accueilli est plus homogène qu'en milieu libre (cf. tableau 4) : il comprend une majorité d'hommes (96 % vs 79 %), dont plus de la moitié est âgée de 25 à 40 ans, souvent inactifs avant l'incarcération (un tiers environ), d'un niveau d'études faible (près

224 Dans près de deux tiers des cas, la prescription de méthadone est partagée ou déléguée à un autre service que l'UCSA, service pourtant désigné comme compétent dans les textes (l'UCSA n'exerçant sa mission que dans un tiers des cas). Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone sont, à l'inverse, très homogènes : majoritairement, la délivrance est quotidienne ; elle a lieu dans un local de soins (délivrance en cellule dans moins de 10 % des établissements) et en général sous contrôle médical ou infirmier (sauf cas rares de remise du traitement au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 mg/jour et 76 mg/jour (minimum/maximum), ce qui traduit une bonne application des indications thérapeutiques incitant à la prudence : 60 % des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). À l'inverse, un quart des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients (98. Maremmani, I. and et al., *Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity*. Journal of Addictive Diseases, 2000. vol. 19(2): p. 29-41.; 99. Leavitt, S.B., et al., *When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose*. The Mount Sinai Journal of Medicine, 2000. vol. 67(n° 5 & 6): p. 404-411.).

de 40 % déclarant un niveau d'études inférieur ou égal au BEPC). Ils déclarent deux fois plus souvent que les patients reçus en CSAPA à l'extérieur un problème d'alcool et une polyconsommation de drogues. Les patients reçus pour un problème d'opiacés dans un CSAPA en milieu fermé sont moins nombreux à bénéficier d'un TSO. En outre, si la part des patients reçus pour un problème d'opiacés bénéficiant d'un TSO à base de Subutex® est comparable dans les CSAPA des milieux libre et fermé (près de 20 %), ceux qui sont pris en charge à l'aide de méthadone sont beaucoup moins nombreux en prison (10 % vs 22,5 %). Enfin, l'ancienneté dans la substitution est plus importante parmi les patients détenus : 44 % d'entre eux sont substitués depuis plus de 5 ans, vs 31 % des substitués reçus dans un CSAPA en milieu libre.

Tableau 11.4 : Substitution dans les 9 CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire ayant répondu à l'enquête RECAP, 2009

	CSAPA		CSAPA		CSAPA total_2009	
	Prisons		hors prisons			
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Répartition suivant le traitement de substitution aux opiacés en cours						
Non	1 808	70,0	37 651	56,9	39 459	57,4
Oui, Méthadone	255	9,9	14 882	22,5	15 137	22,0
Oui, Subutex®	515	19,9	12 973	19,6	13 488	19,6
Oui, autre	6,0	0,2	611	0,9	617	0,9
Total réponses "utiles" Substitution	2 584	100,0	66 117	100,0	68 701	100,0
Taux de réponse		85,1		76,9		77,2
Répartition suivant la durée des traitements de substitution aux opiacés en cours						
Depuis moins de 6 mois	49	12,1	2 958	18,0	3 007	17,9
De 6 mois à 1 an	39	9,6	1 722	10,5	1 761	10,5
De 1 an à 2 ans	51	12,6	2 343	14,3	2 394	14,2
De 2 à 5 ans	89	22,0	4 221	25,7	4 310	25,6
Depuis plus de 5 ans	177	43,7	5 155	31,4	5 332	31,7
Total réponses "utiles" Durée Substitution	405	100,0	16 399	100,0	16 804	100,0
Taux de réponse						
(en référence au nombre total des patients en traitement de substitution)		52,2		57,6		57,5

Source : OFDT, RECAP 2009

Préparation de la sortie de prison et continuité des soins à la sortie de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des détenus sous traitement de substitution ([105] ; [106] ; [107]). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, le risque de décès par overdose chez l'ancien détenu serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale [162] ; [180]). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. La loi de 1994 prône ainsi la préparation du suivi sanitaire des détenus à la sortie, en coordination avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP),

orientation reprise ensuite par la note interministérielle du 9 août 2001 puis par la circulaire du 30 janvier 2002 qui pose que le relais de prise en charge à la sortie doit être « envisagé avec le patient dès l'indication de la prescription ». Plus récemment encore, les recommandations de la « *Conférence de consensus sur le suivi des personnes placées sous traitement de substitution* »²²⁵ préconisent d'améliorer « *l'anticipation de la sortie en lien avec les partenaires extérieurs, la généralisation des consultations en addictologie, visant en particulier à favoriser l'accès aux soins, réduire les risques et prévenir la survenue de surdoses à la sortie* ».

Le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour aider les professionnels récapitule très précisément les conditions de prise en charge sanitaire des détenus aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie ». Théoriquement donc, lors de la libération, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou Subutex®, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation. Cela nécessite que l'UCSA ou le SMPR soit informé à l'avance de la libération par le greffe de l'établissement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être pris en charge à sa sortie, le patient doit connaître un prescripteur identifié et prévenu à l'extérieur, auquel il pourra être adressé pour son suivi médical et/ou psychiatrique : il peut s'agir d'une structure spécialisée (CSAPA), d'une structure hospitalière ou d'un médecin généraliste (appartenant de préférence à un réseau avec lequel un contact aura été préalablement établi). Pour favoriser ce relais, des rencontres doivent donc être organisées et des contacts pris pendant la détention – ce qui s'avère souvent complexe, en pratique – car l'admission dans un CSAPA ou dans un centre de postcure se fait sur prescription médicale. La personne détenue qui souhaite bénéficier d'un tel suivi à sa sortie doit par ailleurs en faire la demande auprès des médecins de l'UCSA ou du SMPR. Le SPIP et les personnels de l'UCSA ou du SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des possibilités de prise en charge à la sortie.

Compte tenu de ces pré-requis complexes à garantir en milieu fermé, en pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. En 2003, seuls 30 % des sortants accueillis dans les appartements du service addiction de l'association ARAPEJ 93 disposaient d'une couverture maladie universelle de base accompagnée d'une CMU complémentaire, or seule la CMU permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé²²⁶. En outre, l'évaluation de la mise en œuvre de la note de 2001 relative à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction conduite par l'OFDT a relevé que la « *continuité des soins à la sortie de prison* » figure parmi les « *contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques* » dans deux tiers des 157 établissements observés [161].

225 Conférence de consensus, Lyon 24-25 juin 2004 (http://extra.istnf.fr/portail-site/_upload/ISTNF/e-mediathèque/a_docs_ISTNF/substitution220206.pdf).

226 Source : 124. Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France. Rapport 2005*. 2005, Paris: La Découverte. 285 p.

Souvent, les détenus toxicomanes sortent avec un comprimé de Subutex® pour la journée et doivent se débrouiller sans ordonnance les jours suivants.

Face aux difficultés de mise en œuvre d'un accompagnement de la sortie, des dispositifs spécifiques ont été mis en œuvre. En 1992, des structures, dépendant des SMPR, ont été créées en vue de préparer les détenus toxicomanes à leur sortie de prison : 7 unités pour sortants (UPS), dont il ne reste aujourd'hui que la moitié, ont été mises en place dans les établissements les plus importants, ainsi qu'un quartier intermédiaire sortant (QIS) au centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), fermé depuis plusieurs années. Composées d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux, de psychologues et d'infirmiers, les équipes des UPS doivent faciliter l'accès des détenus dépendants à un hébergement et leur permettre de développer un projet professionnel, tout en garantissant la mise à jour de leurs droits sociaux. En principe, et « dans toute la mesure du possible », les personnes sortant d'UPS peuvent, si elles le désirent, continuer à être suivies pendant au moins trois mois après la libération. Les « stagiaires » sont recrutés, sur la base du volontariat, au sein des établissements pénitentiaires de la région d'intervention du SMPR. Les personnes désirant intégrer une UPS, mais incarcérées dans une région où il n'en existe pas, doivent pouvoir demander un transfert en invoquant ce motif.

Ce dispositif spécifique visant les détenus toxicomanes a fait l'objet d'une évaluation en deux volets, menée de 1999 à 2003 [162] ; [163]). L'évaluation a pointé les difficultés de fonctionnement des UPS : insuffisance des effectifs de « stagiaires », mauvaise acceptation du projet par les équipes pénitentiaires, mauvaise intégration des UPS dans la vie des établissements, difficulté à atteindre le public-cible des détenus le plus en difficulté, difficultés de recrutement des stagiaires, dysfonctionnements liés aux contraintes carcérales, problème de coordination des intervenants (SPIP, administration pénitentiaire, SMPR, UCSA, etc.). Des pistes d'amélioration ont alors été envisagées par la MILDT mais le dispositif a peu évolué, en dehors de la suppression de quelques UPS (comme Metz ou Lyon).

Plus récemment, l'évaluation de la primoprescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007, les professionnels des UCSA jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation postpénale vers un CSAPA extérieur, les orientations vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière [35]. En l'absence de données complémentaires sur la continuité des soins à la sortie, il faudra attendre la mise en œuvre des mesures nouvelles envisagées par la MILDT et le ministère de la Santé pour relancer une réflexion sur les conditions d'accompagnement des détenus dépendants aux opiacés à la sortie de prison. La mise en œuvre des « *programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médico-sociales existantes avec hébergement, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison* »²²⁷ sera examinée de près dans les années qui viennent.

²²⁷ Ces programmes d'accueil pour sortants de prisons ont été créés par la circulaire interministérielle n° DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie. Il s'agit de créer des unités d'hébergement collectif d'environ 10 places, qui constituent un lieu d'accueil immédiat à la sortie de prison, sans temps de latence entre le jour de la sortie et le jour de l'accueil, permettant l'accompagnement et la mise en place de relais médico-sociaux et d'insertion.

La question de la préparation à la sortie et de l'accompagnement après libération doit être envisagée en lien avec les perspectives de réinsertion du détenu. L'administration pénitentiaire accomplit ses missions de réinsertion via les SPIP, en partenariat avec une quinzaine d'associations, au niveau local et national, dont par exemple Sidaction, qui propose des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites en détention, ou AIDES qui conduit des actions au sein des établissements pénitentiaires autour du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. En 2010, 5,4 M€ ont été versés par l'administration pénitentiaire au secteur associatif.

11.3.2. Dépistage en prison (obligatoire/non obligatoire) : présentation du programme, échantillonnage, champ, évaluation

En dehors du dépistage obligatoire de la tuberculose et de la syphilis²²⁸, les détenus se voient également proposer un dépistage du VIH sur la base du volontariat et à titre confidentiel. Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisés sur le sida et, le cas échéant, de la prescription d'un test de dépistage (non obligatoire). La remise des résultats est impérativement faite par un médecin.

De même, le dépistage des hépatites (B et C) est proposé mais il n'est pas obligatoire, même si la circulaire du 8 décembre 1994 recommande qu'il soit proposé aux personnes particulièrement exposées (adolescents, jeunes adultes et usagers de drogues par voie intraveineuse). Contre l'hépatite B, une vaccination peut aussi être proposée mais elle n'est pas obligatoire.

Le dépistage du sida et des hépatites virales est organisé soit directement par les UCSA, soit par l'intermédiaire des Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), qui eux-mêmes dépendent soit de l'État, soit du département (Conseil général).

Selon les enquêtes de pratiques, seules deux tiers des UCSA proposent systématiquement ce dépistage : « les actions de prévention de l'infection du VIH, du sida et des hépatites ne sont pas effectives dans tous les établissements » [104]. Les consultations de rendu de résultats sont à peu près systématiques en cas de dépistage positif, moins fréquemment en cas de résultat négatif. La proposition de vaccination antivirale B devrait être systématique [103].

La situation semble cependant avoir évolué : dans l'inventaire ANRS-PRI2DE effectué en 2010, 90 % de l'ensemble des établissements (n=103) ayant répondu au questionnaire déclarent systématiquement proposer un dépistage pour le VIH et les hépatites à l'entrée en détention. Les 10 % restants sont des établissements pour peines, dans lesquels les détenus sont transférés après un séjour en maison d'arrêt où ils sont censés déjà avoir bénéficié d'une proposition de dépistage. Ils sont en revanche moins de 70 % à déclarer remettre aux détenus les résultats de tests sérologiques négatifs [89]. La proportion de détenus ayant effectivement eu recours en prison à un dépistage du VIH et des hépatites reste cependant faible : elle était par exemple de 41 % des détenus pour le dépistage du VIH dans 8 établissements de la région parisienne en 2005, de 38 % pour le VHC et de 37 % pour le VHB [181].

228 La radiographie est réalisée systématiquement chez tous les entrants en prison et tous les détenus présents qui n'en auraient pas bénéficié à leur arrivée. La déclaration des cas de tuberculose est obligatoire : elle est transmise par le médecin ayant effectué le diagnostic au médecin responsable de l'UCSA. Le dépistage de la syphilis est lui aussi obligatoire, au titre de la prévention des maladies vénériennes.

11.4. Qualité des soins. Recommandations pratiques et normes de délivrance des soins

11.4.1. Assurance qualité des services liés aux drogues en prison

Plusieurs documents, de statuts divers, donnent des recommandations de prise en charge médicale en prison des personnes infectées par le VIH ou les hépatites virales ou en situation d'usage de drogues. Tout d'abord, les textes législatifs et réglementaires fixent les orientations gouvernementales en matière de réduction des risques et de délivrance des soins en prison. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 et les circulaires d'application des directives du ministère de la Justice et de la Santé (cf. Legal framework), dont la première est la circulaire de 1994 autorisant la prescription de méthadone en prison à des fins de substitution aux opiacés, donnent les axes de mise en œuvre des changements introduits par la loi. L'une de ces circulaires, en 2004, a en outre été assortie d'un Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rédigé par les services des ministères de la Justice et des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville qui décline, en sept chapitres, les modalités d'organisation des soins somatiques et de la coordination des actions de prévention (ch.1), des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (ch.2), de l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier (ch.3), de la situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire (ch.4), des modalités de prise en charge sanitaire des détenus (ch.5), de la procédure et de l'échéancier d'exécution (ch.6) et de la protection sociale des détenus (ch.7).

Outre ces orientations de politique générale, différents rapports censés guider l'organisation des soins ont été édités. Ils abordent aussi la question des traitements de substitution en milieu carcéral : rapport d'évaluation des corps d'inspection ministériels sur l'organisation des soins aux détenus [182], rapport de la Mission Santé-Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral [160], rapports des commissions d'enquête parlementaire ([145] ; [133]). D'autres textes, concernant plus spécifiquement les politiques de lutte contre le Sida, font aussi référence aux soins aux détenus en situation d'usage de drogues : avis du Conseil national du sida [178] sur les risques liés aux usages de drogues, dont le premier remonte à 1993, rapports d'experts sur, par exemple, l'accès à la méthadone [183] ou le VIH [90], rapport de la Cour des comptes [184], rapport de la Haute autorité de santé (HAS) sur le dépistage VIH [185], etc. Des recommandations de pratique clinique ont également été élaborées au niveau national, sur des aspects particuliers de la politique sanitaire en détention : « Guide des bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral » en 2003²²⁹, recommandations de prise en charge médicale des personnes infectées

229 La Commission nationale consultative des traitements de substitution a confié, en 2003, à Laurent Michel, chef de service du SMPRCSST de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, et Olivier Maguet, responsable de l'action communautaire à l'association AIDES, la réalisation d'un guide de bonnes pratiques permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte carcéral et au dispositif local. Ce rapport a émis un certain nombre de recommandations, parmi lesquelles une recommandation transversale consistant à envisager la prescription d'un TSO non pas comme une fin en soi mais comme partie intégrante d'un projet thérapeutique d'ensemble centré sur le patient (Michel, Maguet, 2003). Les autres recommandations, dont chacune décline les conduites à suivre suivant les différentes situations possibles, prônent de reconduire systématiquement les TSO à l'entrée en prison, d'initier des TSO lors de l'incarcération de façon à faire de la détention un tremplin à la prise en charge, de recourir aux contrôles urinaires pour authentifier une prise de TSO à l'entrée en prison ou pour résoudre des situations d'« impasse thérapeutique », etc. Cf. Michel, Maguet, 2003, pp.42-51.

par le VIH 2010, dit « rapport Yéni »²³⁰ [186]. Ces recommandations ont souvent fait l'objet de commandes de la part des autorités institutionnelles, même si d'autres résultent d'initiatives associatives. La section française de l'OIP a ainsi publié, en 2006, le premier Guide du sortant de prison, avec le concours de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) qui regroupe 750 associations travaillant dans les domaines de l'accueil, l'hébergement, l'insertion professionnelle et sociale, l'accès au logement et à l'emploi des personnes en situation de précarité. L'objectif de ce Guide, qui a été complété d'un additif en 2008 pour intégrer les changements réglementaires ayant affecté les aménagements de peine, la préparation à la sortie de prison et les mesures de contrôle, est d'informer les sortants de prison sur l'ensemble des ressources favorisant leur insertion à la sortie (OIP, 2006). Cet outil d'accès au droit a été envoyé dans l'ensemble des bibliothèques des 190 prisons de France à l'occasion de la journée mondiale des droits de l'Homme, le 10 décembre 2008.

Par ailleurs, les organes spécifiquement chargés du suivi de la situation sanitaire des prisons, à l'image du CGLPL, font état d'observations et de recommandations, dans leur rapport annuel ou dans des recommandations particulières portant sur des établissements particuliers²³¹.

Enfin, des Conférences de consensus, internationales²³² ou nationales²³³, livrent régulièrement des recommandations sur la prise en charge sociosanitaire des détenus usagers de drogues. Ainsi la conférence de consensus de 2004 sur les TSO recommandait-elle, par exemple, de faire de la dispensation de TSO le principal outil de réduction des risques d'infection virale (VIH, VHB, VHC) en milieu pénitentiaire, en formant mieux les équipes de soins en milieu pénitentiaire et les agents de l'administration pénitentiaire, en généralisant les consultations d'addictologie pour les détenus et en préparant le relais des soins en ville et la sortie des détenus (prévention des surdoses).

La plupart des travaux menés s'accordent sur six recommandations générales, qui correspondent parfois aux obligations légales existantes jugées insuffisamment appliquées :

1. informer chaque détenu sur la prévention VIH/VHC/IST, l'accès aux préservatifs et le traitement post-exposition pour les détenus séropositifs ;
2. faire systématiquement une proposition de dépistage du VIH et des hépatites virales à l'entrée en prison et la renouveler régulièrement au cours de l'incarcération, en l'accompagnant d'un accès à de l'information et de l'éducation à la santé ;

230 Placé sous la Présidence du Professeur Patrick Yéni, du CHU Bichat-Claude-Bernard, ce groupe d'experts majoritairement hospitaliers a tenté de résumer les connaissances acquises dans le domaine du VIH et de les mettre en perspective pour optimiser la prise en charge des patients. Il a émis des recommandations pour chacun des 17 axes de politique identifiés dans le document, dont certains concernent la prison : il recommande par exemple de proposer un dépistage du VIH, des hépatites virales C, B/D et des IST systématiquement lors de l'entrée en prison, puis de nouveau plusieurs fois lors du séjour, ou parmi les conditions du succès thérapeutique des traitements antirétroviraux, de mieux utiliser les dispositifs permettant la sortie de détention de personnes dont l'état de santé est durablement incompatible avec la prison (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf).

²³¹ Voir la rubrique « recommandations » sur le site Internet du CGLPL (<http://www.cgpl.fr/rapports-et-recommandations/dernieres-recommandations/>).

²³² Conférence internationale de consensus sur l'hépatite C, *Gastroenterol Clin Biol*, 1999 ; 23 : 730-5.

²³³ Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004

3. former le personnel des prisons à la prévention, à la réduction des risques et à l'intérêt du traitement post-exposition ;
4. mettre à disposition librement les préservatifs ;
5. assurer des stratégies de substitution aux opiacés et des programmes d'échange de seringues pour réduire la transmission du VIH, des hépatites et des IST.
6. impliquer les associations intervenant en détention dans le travail de prévention mené auprès des détenus, en coordination avec les UCSA.

À ces recommandations nationales s'ajoutent évidemment des recommandations internationales, à l'instar du rapport de l'OMS/UNAIDS/UNODC de 2007 intitulé « *Effectiveness of interventions to manage HIV in prison. Needle and syringe programmes and bleach and decontaminations strategies* » [101].

Ce tour d'horizon des recommandations pratiques et normes de délivrance des soins en vigueur en France doit toutefois être mis au regard des résultats d'évaluation mis à la disposition des pouvoirs publics, sur l'efficacité des outils de réduction des risques aujourd'hui disponibles en milieu carcéral, notamment les TSO et la mise à disposition gratuite d'eau de Javel. Si, aux termes de la loi, les TSO doivent être systématiquement proposés, ils ne présentent pas moins des garanties insuffisantes au regard de la RDR, comme l'a souligné récemment le Conseil national du Sida [170], ce qui a conduit plusieurs évaluations de programmes de RDR à prôner une combinaison des mesures de réduction des risques, incluant les TSO aussi bien que les PES [187]. De même, l'usage de l'eau de Javel présente des difficultés. Si certaines évaluations témoignent d'une distribution relativement satisfaisante de l'eau de Javel et d'une diffusion large des informations sur l'intérêt de la RDR [181], d'autres soulignent des carences dans l'accès et l'information fournie à visée de RDR. L'inventaire PRI2DE des mesures de RDR en prison et de leur accessibilité montre que dans certains établissements, la délivrance d'eau de Javel ne se fait pas suivant les préconisations : avant l'uniformisation récente sur un plan national de l'achat d'eau de Javel par l'administration pénitentiaire, le degré chlorométrique (12°) n'était pas toujours respecté et une information intelligible sur son utilisation à visée de RDR n'était dispensée que dans 22 % des établissements ayant répondu à l'enquête. Les informations relatives à la RDR ne semblent donc pas toujours correctement maîtrisées par les personnes détenues, mais elles ne le sont pas systématiquement non plus par les personnels pénitentiaires et sanitaires. Rappelons à ce titre que si la distribution de l'eau de Javel est du ressort de l'administration pénitentiaire, l'information portant sur son utilisation à visée de RDR devrait être dispensée par les personnels sanitaires conformément aux indications du guide méthodologiques relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004 [89]. En outre, les conditions d'efficacité de la désinfection par l'eau de Javel ne sont pas garanties : la consommation de drogue étant interdite, l'injection et la désinfection du matériel sont réalisées dans la précipitation alors que, pour garantir une décontamination efficace, le temps consacré doit être conséquent. Enfin, même correctement utilisée, l'eau de Javel ne permet pas d'éliminer avec certitude le VHC. Les organisations internationales recommandent pour les établissements pénitentiaires la distribution de matériel d'injection à usage unique, les programmes de distribution d'eau de Javel ne pouvant être considérés que comme une stratégie de second plan [188].

Description des recommandations en vigueur sur les traitements (prévention, traitement, réinsertion, réduction des risques) y compris les traitements standards de substitution aux opiacés (TSO) en prison : médications, modèles, contrôle du détournement.

Un certain nombre d'initiatives visant à ériger des cadres de bonnes pratiques ou de recommandations ont été menées en France. Un rapport sur l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral commandé en 2001 par la Commission nationale consultative des traitements de substitution à une équipe d'observation, formée d'un médecin intervenant à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy et d'un militant de l'action communautaire à l'association de lutte contre le sida AIDES, a permis de produire un « guide des bonnes pratiques » de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte carcéral et au dispositif local [93]. Après avoir rencontré détenus, personnels sanitaires et pénitentiaires, les auteurs relevaient de nombreuses difficultés dans l'organisation des soins en matière de traitements de substitution. La difficulté à clarifier l'identité « soignante » en détention était soulignée, face aux pressions sécuritaires notamment liées au trafic de psychotropes, ainsi qu'un manque de moyens et de formation des professionnels. Différentes recommandations portant sur l'accès aux soins et son organisation étaient formulées. L'une des principales concernait la nécessité de travailler autour d'un projet thérapeutique individualisé pour chaque détenu substitué et d'atteindre un niveau équivalent de dispensation des soins avec le milieu libre. L'importance d'une reconduction systématique des traitements de substitution préexistants à l'incarcération était mentionnée, ainsi que l'indication à initier largement ces traitements chez les détenus présentant une dépendance aux opiacés à l'entrée en détention ou se révélant au cours de l'incarcération (le sevrage lié à l'incarcération n'étant par définition pas choisi, mais ceci aussi dans la perspective de la sortie : insertion dans une filière de soins, prévention des overdoses à la sortie et de la reprise d'une consommation avec ses conséquences). Les modalités de délivrance de la buprénorphine haut dosage, fortement influencées par la crainte du détournement et du mésusage existant en détention (néanmoins comparables bien que plus visibles qu'en milieu libre), doivent permettre à la fois la banalisation de la délivrance chez les détenus « autonomes » afin d'éviter toute stigmatisation inutile et la personnalisation avec dispensation devant soignant pour les détenus les plus fragiles, victimes de racket ou suspectés de détournement. La dispensation de méthadone ne peut par contre s'envisager que quotidiennement devant soignant en raison du potentiel léthal qui lui est associé en l'absence de tolérance aux opiacés ou de potentialisation par d'autres psychotropes sédatifs. La préparation de la sortie dès l'entrée en détention constitue une autre recommandation essentielle avec organisation dès que possible de contacts avec les futures structures relais pendant l'incarcération. D'autres recommandations concernent la formation et l'accompagnement des équipes, le dossier médical, les extractions, les contrôles urinaires, la confidentialité des soins et les co-prescriptions. Le rapport émanant de ce travail a été diffusé conjointement par le ministère de la Santé et de la Justice à l'ensemble des chefs de services d'UCSA et SMPR des prisons françaises, ainsi qu'à l'ensemble des directeurs d'établissements pénitentiaires et aux directions régionales de l'administration pénitentiaire.

Ce type de démarche se poursuit aujourd'hui, avec la préparation d'un guide de bonnes pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, en application du plan gouvernemental 2008-2011. Ce guide, basé sur les recommandations actualisées du rapport précédent mais aussi étayé par de multiples rencontres avec les intervenants sanitaires en milieu pénitentiaires, devrait être disponible avant la fin de l'année 2011.

11.4.2. Formation des personnels

Formation du personnel des prisons en prévention des drogues, évaluation et réduction des risques

Pour mettre en œuvre ses missions, l'administration pénitentiaire (AP) s'appuie sur 34 147 agents (au 1^{er} janvier 2010) exerçant des métiers divers : personnels de surveillance, de direction, d'insertion et de probation, personnels administratifs et personnels techniques. À ces personnels rémunérés par l'AP s'ajoutent les personnels de santé, rattachés au ministère de la Santé.

Les personnels de surveillance représentent la catégorie de personnel la plus nombreuse (75 %) : en contact permanent et direct avec les détenus, ils assurent la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et participent à l'individualisation de la peine et à la réinsertion des personnes privées de liberté. Ils forment entre 70 % et 80 % des nouveaux recrutements chaque année, depuis septembre 2002 où le ministre de la Justice a annoncé le recrutement de près de 10 000 fonctionnaires pénitentiaires sur 5 ans. Les personnels de direction sont à l'inverse les moins nombreux (environ 1 %) : ils regroupent les directeurs des services pénitentiaires (DSP) qui ont en charge la direction des établissements et les directeurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation (DSPIP) qui ont la responsabilité des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Les personnels des SPIP (11,5% des agents de l'AP) se répartissent entre travailleurs sociaux (chefs de service d'insertion et de probation), conseillers d'insertion et de probation (CIP) et assistants de service social. En milieu fermé, ils sont chargés d'une mission d'aide à l'insertion sociale par un suivi individuel des personnes détenues ; ils organisent les différentes activités socio-éducatives dans l'établissement, sous la conduite d'un chef de service ; ils préparent et suivent les mesures d'aménagement de peine. Les personnels techniques (moins de 2 % des effectifs de l'AP) ont une double fonction : assurer la maintenance des infrastructures et intervenir dans la formation professionnelle des détenus ou de la direction des ateliers. Enfin, les personnels administratifs (7 %) assurent la gestion des greffes et des services comptables. Ils ont également en charge la gestion matérielle et administrative liée au fonctionnement des établissements et des services.

En 2010, 1,6 M€ de budget de fonctionnement ont été affectés à la formation continue des agents à l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), hors masse salariale et frais de déplacement, ce qui représente 15 638 journées de formation, dont ont bénéficié 3 153 personnes (soit 9 % des effectifs). Les chiffres publiés ne permettent pas de connaître les catégories d'agents qui ont bénéficié de ces formations.

Les formations spécifiques à la prévention et à la réduction des risques sont peu nombreuses dans l'ensemble de l'offre de formation continue proposée par l'ENAP. Une formation de 12 places par an existe depuis quelques années : destinée aux personnels de surveillance identifiés par l'établissement, elle a pour vocation de procurer les connaissances et les outils nécessaires pour devenir référent « toxicomanie » et mettre en place des interventions en matière de stupéfiants en direction des personnels pénitentiaires. Ces référents toxicomanie ont la possibilité de suivre ensuite une 2^{ème} formation qui vise à actualiser les connaissances des référents déjà formés et à leur donner les moyens d'échanger avec leurs homologues.

Pour compléter le dispositif de formation de droit commun, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a prévu de mettre en place une formation interministérielle des formateurs en matière de drogues et de toxicomanies et des formations initiales et continues dans chacun des ministères concernés (fiche 4-1). Des sessions de

formation continue ont donc continué d'être proposées aux fonctionnaires sur ces questions (école nationale de la magistrature, haute école de la santé publique, école nationale de l'administration pénitentiaire...), sans qu'un effort particulier soit toutefois consenti sur les questions sanitaires.

11.4.3. Discussion, limitations méthodologiques et informations manquantes

Équivalence des soins

Plus de quinze ans après l'entrée en vigueur de la réforme de 1994, l'objectif d'une équivalence des soins entre l'intérieur et l'extérieur est loin d'être atteint. Tout d'abord, la mise en œuvre du dispositif légal de RDR soulève de nombreuses difficultés. Encadré par la circulaire du 5 décembre 1996, le dispositif français de RDR restreint, comparativement au milieu ouvert, les modalités d'accès aux outils de réduction des risques, en contradiction avec les préconisations de l'OMS datant de 1993 sur l'équivalence de la prévention et des soins entre milieu ouvert et fermé. Par exemple, cette circulaire ne prévoit pas la possibilité de mettre à disposition des détenus usagers actifs de drogues du matériel d'injection stérile. Par ailleurs, les différentes études menées depuis 2001 montrent que la RDR pâtit des insuffisances de coordination au sein du système de soins : la réalité de la toxicomanie est mal connue et souvent mal perçue par l'administration, la coordination des intervenants est limitée et le partage des rôles entre les UCSA et les SMPR demeure flou [182] ; [161], ce qui entrave l'accessibilité aux soins des détenus.

En outre, le traitement de la dépendance ne se fait pas de la même manière dans tous les établissements ([171] ; [93] ; [189]), en partie du fait des disparités dans les moyens de la prise en charge. Il continue de se heurter à l'opposition de certains acteurs, notamment dans les établissements où aucun CSAPA n'intervient [161]. Si l'incitation au recours à la méthadone par les pouvoirs publics depuis 2002 facilite la primoprescription au sein du milieu carcéral, elle n'élimine pas les refus de prescription, constatés en 2006, puis en 2010, dans plusieurs établissements [35] ; [132] ; [89]). Or le Comité consultatif national d'éthique a souligné combien la disparité des offres de substitution est dommageable pour les détenus (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2006). Enfin, il faut rappeler que les TSO, s'ils doivent être systématiquement proposés, ne présentent pas des garanties suffisantes au regard de la RDR, de même que les conditions de délivrance de l'eau de Javel.

Les conditions d'utilisation de l'eau de Javel ne sont en effet pas toujours conformes aux préconisations (cf. 4. Service quality/Quality assurance). L'inventaire PRI2DE de l'accessibilité des mesures de RDR en prison a ainsi montré qu'avant la mise en place d'un plan national d'achat d'eau de Javel par l'administration pénitentiaire, le degré chlorométrique (12°) n'était pas systématiquement respecté ; par ailleurs, une information intelligible sur son utilisation à visée de RDR n'était dispensée que dans 22 % des établissements [92]. Les informations relatives à la RDR ne semblent donc pas toujours correctement maîtrisées par les personnes détenues, mais elles ne le sont pas systématiquement non plus par les personnels pénitentiaires et sanitaires. Rappelons à ce titre que si la distribution de l'eau de Javel est du ressort de l'administration pénitentiaire, l'information portant sur son utilisation à visée de RDR devrait être dispensée par les personnels sanitaires conformément aux indications du guide méthodologiques relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004 [89]. En outre, les conditions d'efficacité de la désinfection par l'eau de Javel ne sont pas garanties, l'injection et la désinfection du matériel de consommation de drogue étant souvent réalisées dans la précipitation alors que le temps consacré à une décontamination efficace doit être long.

Les bénéfices d'une approche de RDR se trouvent donc parfois invalidés par la réalité même de sa mise en œuvre.

En ce qui concerne l'accès aux préservatifs, la disponibilité des préservatifs masculins est quasi-systématique mais, dans la grande majorité des cas, uniquement à l'UCSA ; la mise à disposition de lubrifiants n'existe que dans la moitié des établissements ; enfin, l'accès aux préservatifs féminins dans les établissements accueillant des femmes est beaucoup plus limité [89].

Si la prophylaxie post-exposition est en théorie accessible aux détenus dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, via l'UCSA ou les urgences des établissements sanitaires de rattachement, 47 % des responsables d'UCSA ayant répondu au questionnaire de l'inventaire PRI2DE estiment que les détenus ne sont pas informés de la possibilité d'y avoir recours et 31 % déclarent ne pas être en mesure de répondre à la question. Par ailleurs, au cours des 12 mois précédant la même enquête, seules 3 prescriptions de prophylaxie post-exposition ont été déclarées mais aucune au décours de pratiques à risque liées à un usage de drogues. Ceci malgré la déclaration, dans 34 % des établissements de soins en détention, d'abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection, certains précisant cependant que ces abcès auraient été acquis antérieurement à l'incarcération [89]. Des pratiques de sniff chez les détenus sont également fréquemment décrites par les personnels soignants au cours de l'enquête (résultats non publiés).

Dans le cadre du même inventaire PRI2DE, l'exploration de la disponibilité et de l'accessibilité aux différentes mesures de réduction des risques en prison en France a permis de calculer un score d'observance aux recommandations nationales (sur la base de la circulaire-cadre de décembre 1996 et du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004) mais aussi internationales, en prenant comme document de référence le rapport de l'OMS/UNAIDS/UNODC de 2007, intitulé « *Effectiveness of interventions to manage HIV in prison. Needle and syringe programmes and bleach and decontaminations strategies* » (cf. 4. Service quality/Quality assurance). L'objectif était, dans un contexte où l'accès aux mesures de RDR était inférieur à celui en milieu ouvert, d'évaluer le niveau d'application des mesures préconisées au plan national mais aussi international, et ainsi, indirectement, le risque infectieux en détention : le score national, faible, mais surtout international, très faible, traduit pour les auteurs une carence globale dans l'application des mesures de réduction des risques en prison en France, révélatrice de l'absence d'une politique de santé publique et de réduction des risques à la hauteur des besoins observés [89].

Cet état des lieux général met en lumière les difficultés d'application de la loi de janvier 1994, qui tiennent à quatre facteurs principaux.

1. La cohabitation difficile entre le monde pénitentiaire et le monde médical, tout d'abord, entrave la mise à disposition de soins aux détenus. Pour certains auteurs, l'écart entre le dispositif de réforme « sur le papier » et « à l'épreuve du terrain » s'explique par l'insuffisante préparation des professionnels aux changements introduits par la loi, qui a ainsi contribué à durcir les systèmes d'oppositions structurant le champ de la prise en charge des détenus : la loi de 1994 suscite des conflits entre les deux principales catégories professionnelles chargées de l'éprouver sur le terrain, parce qu'elle fragilise les frontières des métiers [190]. Entre le personnel médical et l'institution pénitentiaire, en effet, deux logiques s'opposent : celle de la garde et de la sécurité et celle des soins, lorsque, par exemple, les mesures de sécurité imposées par l'AP (menottes, entraves, escortes, garde policière, etc.) viennent compliquer et retarder les prises en charge, voire

les empêcher, faute de moyens matériels. La conséquence de cette antinomie est la multiplication des procédures internes pour régler les problèmes sanitaires rencontrés par les détenus, entre autres par la rédaction de certificats médicaux.

2. Le deuxième facteur contrevenant à l'applicabilité de l'équivalence des soins tient aux obstacles rencontrés par les services d'insertion et de probation. La mission de réinsertion de l'AP, qui s'effectue par l'intermédiaire des SPIP, implique pour le détenu souffrant d'une pathologie chronique de pouvoir bénéficier au cours de sa détention d'un projet médico-social de sortie. Cette préparation à la sortie comporte une action médicale qui passe par la remise d'un résumé de son dossier quelques jours avant sa libération, et une action sociale – qui s'avère plus difficile à organiser. Souvent, la libération signifie un retour à la précarité, qui perturbe le suivi médical et thérapeutique prévu à la sortie. Le manque de coordination parfois observé entre les structures médicales à l'extérieur et le SPIP n'explique pas, à lui seul, cet échec : les SPIP sont en effet confrontés au manque de relais sociaux lors de la sortie de prison, notamment en termes d'hébergement et d'accueil à la sortie de prison. Par ailleurs, la prise en charge sociale s'organise le plus souvent dans les services sociaux des services hospitaliers ou par le biais des associations prenant en charge les patients. L'organisation de cette prise en charge postpénale est compliquée par le fait que la reprise des droits sociaux ne peut s'établir qu'après la sortie et uniquement pour les personnes en situation administrative régulière. Le contraste entre la nécessité d'organiser une prise en charge médicale des détenus dès la sortie et l'absence d'une politique sociale spécifique adaptée aux sortants de prison explique largement la difficulté à promouvoir l'accès aux soins auprès de cette population spécifique, qui cumule déjà des facteurs de vulnérabilité.
3. Le troisième facteur faisant obstacle au principe d'équivalence des soins est, précisément, lié aux caractéristiques de la population détenue, où la précarité, les troubles psychiques et les comorbidités liées à la toxicomanie, freins objectifs au suivi médical, sont surreprésentés. Par ailleurs, la nature des pathologies chroniques auxquelles ces patients sont confrontés et leurs modes de traitement, qui imposent un suivi au long cours et une discipline thérapeutique²³⁴, sont peu ajustés aux schémas cognitifs d'une population caractérisée par un faible niveau d'éducation.
4. Enfin, un quatrième frein à l'application du principe d'équivalence des soins réside dans les conditions particulières de préservation du secret médical en prison. En raison de la promiscuité, la prison est un lieu où le secret médical est difficile à préserver : le passage obligé par un surveillant pour toute convocation, médicale ou non, l'étroitesse et l'insonorisation relative des locaux de soins, les jours de consultation et le nom du médecin qui assure la consultation spécialisée, la prise des traitements en présence de codétenus, sont autant d'éléments qui concourent à la rupture de la confidentialité. Régulièrement, l'administration pénitentiaire demande que les dispositions vis-à-vis du secret médical soient revues pour des questions de sécurité. Ainsi, la réforme de 1994 a donc eu des effets paradoxaux : elle n'a non seulement pas permis de faire de la prison un lieu de sortie de la toxicomanie mais elle n'a même pas facilité l'imposition de la prison comme lieu de décroche, même provisoire ([127] ; [191]).

234 Le traitement du VIH et des hépatites virales chroniques B et C n'ont aucune traduction clinique visible pendant des années. Leur intérêt peut, à ce titre, sembler abstrait à certains patients, ce qui ne les incite pas à un suivi régulier.

Si la prise en charge sanitaire des détenus a connu de réels progrès depuis 1994, après le passage d'une « médecine humanitaire » à une médecine hospitalière en prison, la pratique contredit la volonté du législateur d'offrir aux détenus des soins équivalents à ceux donnés à la population générale, d'abord parce que la position de détenu semble par elle-même incompatible avec le principe d'équivalence des soins : la surpopulation des établissements pénitentiaires, confrontée à l'insuffisance des effectifs médicaux (notamment psychiatriques) et aux contraintes liées à l'enfermement limitent de fait l'accès des détenus aux soins somatiques et/ou psychologiques. D'une manière générale, le système de soins pour les personnes détenues comporte encore de nombreuses défaillances, à la fois en termes d'hygiène, de délais d'attente (pour les soins spécialisés ou les hospitalisations), de permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et les week-ends dans la plupart des établissements pénitentiaires), d'accès aux soins spécialisés (problèmes d'escorte pour les consultations à l'extérieur) et de respect du secret médical (Moreau, 2010). Pour garantir l'égalité des soins et assurer la pérennité de la prise en charge médico-sociale après la libération, les conditions nécessaires semblent être de poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes au sein des établissements pénitentiaires et de développer pendant le temps de la détention des actions de prévention et des politiques de réduction des risques.

11.4.4. Limites méthodologiques et manques d'information observés

Le constat global est celui d'un relatif déficit d'informations sur la situation sanitaire dans les prisons, par rapport à d'autres pays européens. Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes [192], les plus récentes datant de 2003. Ce désintérêt relatif pour les usages de drogues en détention comme objet de recherche n'est pas nouveau. Avant la réforme de 1994, de rares enquêtes étaient menées sur la santé en prison, localement, par des associations de lutte contre le VIH ou par des organismes de recherche sur la santé – à l'instar de l'ORS PACA. Les premières études épidémiologiques spécifiquement consacrées à l'usage de drogues en prison ont vu le jour après la réforme. Conduites par l'INSERM, elles observent l'offre de soins d'une manière limitée à la prise en charge des toxicomanes par les antennes toxicomanie, dans leur ensemble [193] ou dans des établissements pénitentiaires ciblés, comme le centre pénitentiaire des Baumettes où deux enquêtes INSERM ont été menées en 1996 et en 1997. Aujourd'hui encore, les enquêtes sur le VIH, les hépatites et les pratiques à risques en détention sont peu nombreuses et irrégulières. Les données disponibles sont souvent anciennes et les modalités de leur recueil s'avèrent souvent discutables sur un plan méthodologique [132].

Pendant de nombreuses années, la santé des détenus n'a été étudiée, au plan national, qu'à travers l'enquête généraliste menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sanitaires et sociaux, relative à la santé des entrants en prison, en 1997 puis en 2003. La première édition de cette enquête représentative estimait ainsi qu'environ 30 % des entrants en prison cumulaient les consommations de produits à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et que les médecins prescrivaient une consultation spécialisée en psychiatrie pour près d'un entrant sur dix (hors motifs relatifs aux addictions) [152]. Les pathologies psychiatriques dans le milieu carcéral et les prises en charges spécifiques réalisées étaient en revanche peu connues, jusqu'à ce qu'une enquête spécifique soit menée, en juin 2001, auprès des équipes de soignants travaillant dans les SMPR, chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : celle-ci visait à mieux décrire l'état de santé des détenus, interrogés lors de l'entretien d'accueil à l'entrée en détention ou suivis régulièrement en SMPR [154]. Mais la première enquête épidémiologique d'envergure sur la santé mentale des détenus, menée auprès de 1 000

personnes et coordonnée par un groupe d'experts, a été financée par le ministère de la Santé en 2003-2004, dix ans après la loi sur l'équivalence des soins.

Depuis la dernière enquête « santé entrants » de la DREES en 2003, aucune nouvelle étude sur ce thème n'a été réalisée par la direction des études du ministère de la Santé : le ministère a cessé de confier ses enquêtes régulières, sur la substitution d'une part, et la prévalence du VIH et du VHC d'autre part, à ses directions centrales : la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (devenue depuis 2010 Direction générale de l'offre de soins). Désormais, les connaissances sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral seront actualisées grâce à l'enquête PREVACAR, dont la coordination scientifique a été confiée à l'Institut de veille sanitaire par la Direction générale de la santé. Cette décision s'inscrit dans le cadre du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus qui propose de définir un « corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses », notamment en menant des recherches répétées. Le premier exercice de l'enquête PREVACAR, dont les résultats préliminaires ont été exposés ici, a eu lieu en 2010.

De surcroît, les chiffres disponibles sur la prévalence des maladies infectieuses dans les lieux de détention sont partiels : il s'agit souvent de données agrégées, anciennes, souvent déclaratives, portant sur un échantillon limité de détenus, ne permettant pas d'appréhender la proportion d'usagers de drogues en prison ni les cas avérés de transmission par l'échange de seringues. Obtenir un échantillon fiable est complexe, dans la mesure où certains patients ne peuvent être interrogés, pour des raisons disciplinaires ou sécuritaires. Il en résulte une grande variabilité du profil des détenus interrogés selon les études, celles-ci ciblant le plus souvent des populations en fonction du statut judiciaire (détention provisoire ou condamnation, peines courtes ou longues) et du type d'établissement (avec des niveaux de sécurité et des durées de peine variables). Les biais de sélection sont donc consubstantiels à la pratique des enquêtes en prison et les études existantes doivent être interprétées en fonction des critères de sélection définis. L'extrapolation des données s'avère donc délicate, d'autant plus que souvent, aucun examen objectif (par exemple, un dépistage urinaire ou un prélèvement sanguin) n'est réalisé. Par ailleurs, les instruments diagnostiques standardisés classiques n'ont pas été validés pour des populations de détenus. De plus, la crainte du non-respect du secret médical peut fausser les déclarations des détenus, de même que le profil psychologique des détenus lui-même, qui relève une forte prévalence des personnalités antisociales. Plus généralement, les enquêtes portant sur l'usage de drogue et les pratiques à risque proprement dit en prison sont difficiles à réaliser en raison des réticences des détenus à parler de pratiques illégales dans un lieu de sanction mais aussi des réticences des décideurs politiques, peu enclins à reconnaître des pratiques de consommation de drogue dans un lieu supposé accueillir des justiciables pour infractions à la législation des stupéfiants : 20 % des détenus ont d'ailleurs commis des infractions à la législation sur les stupéfiants [194]. Enfin, la conduite d'études fiables sur le plan méthodologique se heurte également à d'autres obstacles en prison : résistances de l'administration pénitentiaire, ambiguïté du consentement dans un lieu de privation de liberté, difficultés techniques multiples pour accéder aux établissements et aux détenus, risque de stigmatisation des populations-cibles. Il apparaît donc nécessaire qu'une prise de conscience forte des enjeux sanitaires en prison s'impose à l'ensemble des acteurs aussi bien de terrain que politiques pour que les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de santé publique comparable à celle existant en milieu libre puisse exister.

Enfin, outre leur champ limité, leur fréquence irrégulière et leur méthodologie parfois critiquable, les études sur la prévalence des maladies infectieuses, l'incidence des pratiques à risque sur la

sérologie au VIH et au VHC et, plus généralement, l'usage de drogues et le recours à l'injection en détention sont relativement peu nombreuses en France [132]. Le rapport du groupe d'experts VIH de 2008 note par exemple la quasi-absence de données fiables sur l'infection par le VIH et sa prise en charge dans les prisons [186]. D'autres « points aveugles » des dispositifs d'information quantitatifs peuvent être évoqués : la prévalence de l'abus/dépendance dans la population générale des prisonniers (incluant les longues peines), les pratiques de consommation (peu de données sur le sniff, par exemple), les modes d'approvisionnement de drogues en prison, l'évolution des prévalences d'usage de drogues au cours de la période d'incarcération, la contamination virale pendant la détention. Si l'on connaît la prévalence du VIH et des hépatites virales, l'incidence de nouvelles contaminations n'a jamais été évaluée en prison, l'administration pénitentiaire opposant un refus de principe à ce genre d'études. Mal connue, la question des contaminations en détention mériterait pourtant d'être explorée, pour être prise en compte dans le cadre d'une politique de santé publique en milieu carcéral prônant un objectif d'équivalence des soins avec l'extérieur.

11.5. Conclusion

Les études concernant les addictions en prison sont encore peu nombreuses et peu régulières, ce qui ne permet pas de retracer des évolutions. Elles sont en outre délicates à comparer entre elles, en raison des biais de sélection propres à chaque enquête et des difficultés méthodologiques inhérentes aux enquêtes en prison. On peut toutefois faire les constats suivants : les usagers de drogues sont surreprésentés chez les sujets en détention provisoire ou condamnés à de courtes peines ; les produits consommés en prison ne semblent pas spécifiques et leurs proportions sont peu variables dans le temps ; les pratiques d'injection sont fréquentes et se déroulent dans des conditions sanitaires n'assurant pas la prévention des maladies transmissibles par voie sanguine ; la prison joue un rôle favorisant dans l'initiation aux drogues illicites. La proportion non négligeable de prisonniers s'injectant en prison, ajoutée au constat de la forte prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les toxicomanes, fait courir un risque de contamination majeur aux détenus, la distribution de kits stériles étant prohibée en France.

C'est l'une des principales conclusions formulées par l'expertise collective sur la réduction des risques conduite en France en 2010 qui juge que, si différents outils de réduction des risques existent actuellement, encadrés par la circulaire de 1996, il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison en France [103]. En effet, malgré une législation de santé publique volontariste concernant les détenus, la mise en œuvre des outils de réduction des risques est loin d'être systématique : le dépistage n'est toujours pas effectué ; l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, considérée par l'OMS comme une mesure de première ligne en détention, demeure très hétérogène et des pratiques inadaptées (pilage de la BHD, mise en solution...) compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques ; la distribution bimensuelle d'eau de Javel à chaque détenu, recensée par l'OMS comme une mesure de seconde ligne face notamment aux dispositifs d'échange de seringues, n'est pas souvent observée et aucun mode d'emploi clair n'y est associé la plupart du temps ; l'accès aux préservatifs s'est généralisé mais les conditions d'accès restent insatisfaisantes (informations aux détenus, confidentialité, discrétion, accès souvent unique en lieu de soin) ; enfin, la prévalence du sida et des hépatites virales reste bien supérieure en milieu carcéral qu'en milieu libre, alors même que la prise en charge de ces pathologies se heurte à l'insuffisance de l'accès aux consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie, addictologie...). Aujourd'hui, donc, le principe d'une équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et prison, recommandé depuis 1993 par l'OMS, n'est toujours pas observé en France.

12. Déplacements transfrontaliers, usage de drogue et services de soins.

12.1. Introduction

La France se trouve au contact direct de six pays européens – Espagne, Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse et Italie – sur 2 970 km de longueur totale de frontières terrestres²³⁵. Les passages de frontières liés aux drogues ou à la fête, se greffent sur des pratiques anciennes d'échanges de biens et de population entre la France et ses voisins. Si les flux migratoires durant le XIX^e et la première moitié du XX^e siècle ont permis à la France d'accueillir une immigration économique d'origine essentiellement européenne, le sens de ces flux a eu tendance à s'inverser aux frontières nord-est et est de la France où les Français sont nombreux à travailler au Luxembourg, en Allemagne, en Belgique, ou encore en Suisse [195].

L'application de la Convention de Schengen instaurant, en 1995, une liberté de circulation des personnes et des marchandises et la disparition des contrôles aux frontières au sein des vingt-quatre pays signataires dont font partie tous les pays frontaliers de la France (à l'exception de la Suisse qui l'a signée mais ne l'applique pas) a contribué à banaliser les passages de frontières.

La situation française ne se prête pas à l'utilisation d'un plan traitant successivement des intrants (inflows) et des extrants (outflows). En effet, dans le champ des usages de drogues, les données disponibles, bien que non exhaustives et ne couvrant pas l'ensemble des frontières et la totalité de la période récente (les dix dernières années), s'accordent sur la constatation d'une importante dissymétrie entre ces deux aspects. Il semble que, autant en ce qui concerne les virées festives et l'acquisition des drogues illicites que l'utilisation des soins, les déplacements transfrontaliers sont essentiellement ceux des Français vers l'étranger. Des éléments explicatifs seront proposés ultérieurement. La première partie de cet article proposera des éléments de cadrage : disparités des frontières et sources d'information disponibles. La deuxième partie traitera des déplacements de Français à l'étranger liés à un usage de drogues, le plus souvent, mais pas seulement, à visée festive. Enfin la dernière partie traitera des « échanges » transfrontaliers ayant pour but l'utilisation de services de soins ou de réduction des risques.

12.2. Données de cadrage

12.2.1. Deux grands types de frontières

Les déplacements liés aux drogues s'inscrivent dans des habitudes d'échanges plus larges comme les nombreux déplacements visant l'approvisionnement en carburants, en tabac (Espagne et Luxembourg en particulier), voire en alcool pour des spécialités particulièrement taxées en France (alcoopops).

²³⁵ La frontière avec la Manche et au-delà avec le Royaume-Uni est également une zone frontalière, d'autant plus depuis la mise en service du tunnel transmanche. Par contre, cette nécessité de traverser la Manche, qui reste coûteuse, et peut-être également l'absence de signature par le Royaume Uni des accords de Schengen, limite les transits courants des populations frontalières.

Un état des lieux des coopérations sanitaires transfrontalières, élargissant son propos, distingue deux grands types de territoires frontaliers, à l'origine d'interactions transfrontalières plus ou moins intenses [196]:

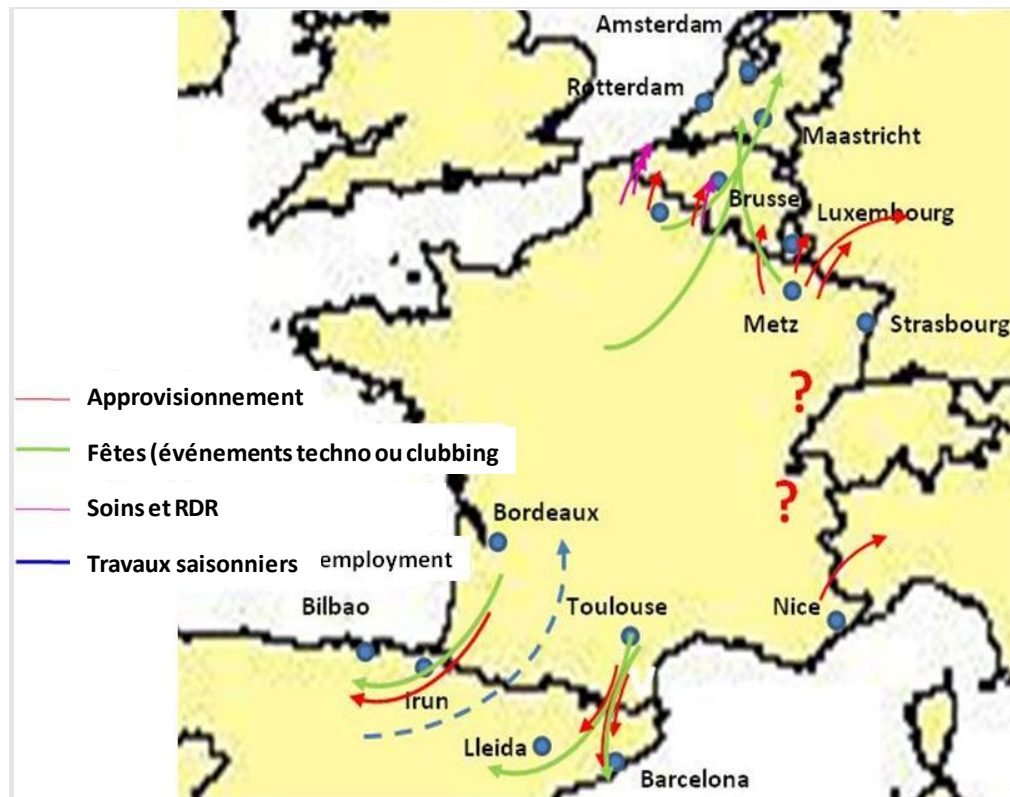
Le premier type correspond à une « frontière-creuset », c'est-à-dire « une zone de contact qui associe les territoires situés de part et d'autre dans une communauté de destin et de vie quotidienne ». Ces territoires sont souvent non marqués physiquement par un fleuve ou un relief, tels **le Nord-Pas-de-Calais (France) et la Belgique** ou **la Lorraine (France), la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne** ou encore la frontière franco-suisse aux abords de Genève (**Pays de Gex et d'Annemasse dans la région Rhône-Alpes pour la France, Genevois pour la Suisse**). Du côté de l'Espagne, seul le Pays basque constitue un bassin de vie transfrontalier. Pour certains de ces territoires, la frontière se situe dans un continuum urbain qui rend toute limite invisible. Ces zones frontalières partagent en général une communauté historique, linguistique et culturelle. Dans le cas de l'Alsace à la frontière franco-allemande, cette communauté d'histoire et de culture permet de surmonter une frontière naturelle moyennement perméable (le Rhin). L'intensité des relations qui relient ces territoires entre eux se traduit dans les flux quotidiens de travailleurs transfrontaliers [196]. En 2007, par exemple, 71 500 Français habitant la région Lorraine allaient travailler quotidiennement au Luxembourg ; 19 000 se rendaient en Allemagne, et environ 4 800 en Belgique. Dans la région Nord-Pas de Calais, on comptait 24 000 français travaillant en Belgique et 5 300 belges faisant le chemin inverse [195].

Le deuxième type correspond à une frontière dite « frontière-glacis ». Souvent plus anciennes, ces frontières sont marquées par une barrière géographique (massifs montagneux du Jura, des Alpes, des Pyrénées...) et se révèlent assez étanches ne laissant que des corridors de passage à des flux généralement plus internationaux que de proximité. Les taux d'interpénétration linguistiques de part et d'autre de ces frontières apparaissent assez faibles. Appartiennent à cette catégorie, la Franche-Comté (frontière franco-suisse), le reste de la région Rhône-Alpes (frontière franco-italienne), l'essentiel de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (frontière franco-italienne) et de la région Aquitaine (frontière franco-espagnole). À l'inverse des zones précédentes, ces espaces, essentiellement ruraux comportent peu d'agglomérations urbaines [196].

Enfin, la bordure méditerranéenne de la frontière franco-italienne est considérée dans ce rapport comme une zone de type intermédiaire.

Cette distinction entre deux types de frontière fournit un éclairage utile pour comprendre les différences entre les deux zones frontalières évoquées ultérieurement : la région nord et nord-est d'une part, et ses relations avec la Belgique, l'Allemagne et le Luxembourg ; et la région toulousaine et ses relations avec l'Espagne d'autre part. Elle explique en partie le déséquilibre quantitatif entre les observations qui portent sur les échanges transfrontaliers dans la zone nord-est de la France et celles qui portent sur les autres frontières.

Carte 12-14 : Déplacements transfrontaliers liés aux usages de drogues



12.2.2. Les Sources

Les sources sont peu nombreuses et il est dès lors difficile de recouper les informations disponibles.

Le premier travail identifié sur les déplacements transfrontaliers liés aux usages de drogues portant sur les frontières de la France avec ses voisins date de la fin de la décennie 1990 [197]. Ce rapport exploratoire du Forum européen pour la sécurité urbaine s'intéresse en premier lieu aux usagers de drogues perçus comme problématiques sur un plan collectif (nuisances) ou individuel (nécessité de soins). Les usagers « festifs » y sont juste mentionnés.

Contrastant avec cette approche, l'observation dont rend compte le premier rapport du dispositif TREND de l'OFDT [198] se concentre sur les logiques des usagers de drogues, qui motivent les passages transfrontaliers. S'il évoque les usagers de drogues dit « urbains » (les usagers précaires des centres-villes), la dimension festive des déplacements est au centre du sujet. L'exploration se déroule déjà dans les zones limitrophes qui constitueront par la suite le champ d'observation des zones frontalières du dispositif TREND : le Nord-Pas-de-Calais au nord, à proximité immédiate de la Belgique (ville de Lille), la Lorraine au nord-est, située au confluent de la Belgique, du Luxembourg et de l'Allemagne (site de Metz), et enfin, la Région Midi-Pyrénées

au sud et plus particulièrement la ville de Toulouse proche²³⁶ de la frontière espagnole. Si Toulouse n'est pas directement frontalière, au point de permettre des allers-retours quotidiens comme à Lille ou à Metz, elle entretient avec l'Espagne, notamment avec des villes comme Barcelone (3h) , Lérída (3h30), mais aussi Bilbao, plus éloignée, un lien culturel étroit et des relations de proximité anciennes qui la rende accessible pour les vacances, la fête ou l'approvisionnement en essence, en alcool, en cigarettes... et en psychotropes illicites. Quelques données issues de la région de Nice, en bordure de la Méditerranée à proximité immédiate de la frontière italienne ont été recueillies à l'époque. Les déplacements transfrontaliers liés au phénomène des drogues sera suivi de manière non spécifique par le dispositif TREND pendant plusieurs années, jusqu'en 2008, année où il fera à nouveau l'objet d'une observation approfondie sur les trois sites cités [195, 199]. C'est pourquoi le présent article se focalisera essentiellement sur ces zones.

Outre ce travail, une étude est menée en 2004 et 2005, dans le cadre d'un partenariat entre le dispositif TREND et l'OCRTIS, sur les procédures d'interpellation pour petit trafic de cocaïne. Elle met en évidence l'importance de la dimension transfrontalière, à travers le micro-traffic, dans les logiques de consommation de cocaïne notamment [200].

Une autre étude est menée en 2007 et 2008 dans le cadre du dispositif TREND, dans les milieux festifs gays de Paris et de Toulouse. Elle a pour objectif de rendre compte des spécificités des usages de psychotropes par les homosexuels masculins fréquentant ce milieu et d'étudier un lien éventuel entre les prises de risques (en particulier par rapport au virus de l'immunodéficience humaine) et la consommation de produits psychotropes [201]. Ce travail sera prolongé par la mise en œuvre d'une observation ethnographique systématique bisannuelle dans le milieu festif gay parisien, en raison de la fonction de *trend setters* joué par ce groupe d'utilisateurs. Incidemment, cette étude témoigne des pratiques festives internationales caractéristiques de cette population professionnellement bien insérées et aux revenus souvent confortables.

Par ailleurs, le rapport annuel du site de Lille, qui participe au dispositif TREND, fournit les statistiques d'interpellations pour usage de drogues des Français, dans l'arrondissement de Tournai, où sont implantés les « méga dancing » fréquentés par les jeunes lillois [202]. Ces données sont en effet tenues à jour par les services de police belges. Ces statistiques distinguent l'interpellation en contexte « dancing », c'est-à-dire à proximité d'un établissement de nuit, et l'interpellation en contexte urbain. Il est probable que des données équivalentes existent pour les autres zones frontalières extérieures de la France et pourraient être recherchées.

Concernant les déplacements liés à la recherche de soins, les sources d'information identifiées sont, là encore, peu nombreuses. Elles émanent de chercheurs (travail sur les déplacements des patients français vers les médecins belges pour recevoir leur traitement de substitution [203] ou de brefs articles de presse rendant compte d'initiatives de coopérations. Un rapport publié en 2001 sous l'égide de l'École nationale de santé publique, émanant d'un groupe nommé « Mission opérationnelle transfrontalière » et réalisé en collaboration avec la Fédération hospitalière de France et avec le Centre hospitalier de la côte basque réalise un état des lieux de l'état de la coopération transfrontalière sanitaire française notamment sur la base d'une

²³⁶ Il faut compter 2h à 2h30 de trajet pour se rendre à la frontière en voiture.

enquête menée auprès des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS)²³⁷ et aux établissements hospitaliers des régions frontalières. Ce travail dresse un état des collaborations existantes impliquant des établissements de santé, des domaines sanitaires concernés, des dynamiques locales ayant conduit à la réalisation de ces projets, des outils juridiques utilisés et des difficultés rencontrées. Le problème majeur de ce travail est son ancienneté (2001).

12.3. Déplacements transfrontaliers et usage de drogues

12.3.1. Consommer à l'étranger

Avant la substitution : l'attraction de l'héroïne

Le rapport du Forum européen pour la sécurité urbaine, déjà évoqué, documenté à l'aide de très nombreux entretiens menés essentiellement auprès d'intervenants sanitaires ou répressifs dans les villes belges de Liège et Anvers, à Rotterdam et Maastricht aux Pays-Bas et dans la ville française de Lille, renvoie l'image des usagers de la fin des années 1990, consommateurs de drogues *dures*, extrêmement précaires, issus des quartiers défavorisés et décrit leurs pratiques en termes d'approvisionnement [197]. On y parle déjà du « tourisme de la drogue » qui amène des usagers venus de France, d'Allemagne et de Belgique à s'installer pour un temps (quelques jours à plus d'un an) à Rotterdam surtout et dans une moindre mesure à Maastricht (pour les Belges), attirés par l'accessibilité d'une héroïne moins chère et de meilleure qualité, mais également par la cocaïne dont la consommation devient de plus en plus présente dans cette population. Les médicaments (benzodiazépines vraisemblablement), notamment le Rohypnol, apparaissent également très présents dans les usages et sur les marchés des villes néerlandaises et belges. Moins chers et plus accessibles, semble-t-il dans les pharmacies belges, ils seraient, à Maastricht essentiellement, apportés par les usagers belges (de Liège). Ils seraient, pour la même raison, à l'origine de déplacements des Néerlandais vers la Belgique (Anvers en particulier). Ces déplacements d'usagers qui séjournent et consomment sur place se doublent d'un important va et vient de trafiquants professionnels, mais aussi de consommateurs qui déjà, dans le Nord de la France, dépêchent l'un des leurs à Rotterdam pour approvisionner le groupe. Les trajets s'effectuent à l'époque, en voiture mais également en train.

Concernant les usagers marginalisés, « urbains », les données TREND de 1999 confirment cette vision, notant que dans cette population marginalisée, le passage des frontières a fréquemment pour objet le petit trafic et la consommation sur place d'héroïne, de cocaïne, mais également de médicaments dans le but d'accéder à des produits moins chers ou de meilleure qualité. À l'exception du marché des benzodiazépines et notamment du Rohypnol® (flunitrazepam) susceptible d'attirer en France des Allemands et des Espagnols, tous les déplacements se font de la France où les produits illicites apparaissent chers et de mauvaise qualité s'agissant de l'héroïne, vers l'étranger (Hollande, Belgique pour l'héroïne, et même Italie pour les frontaliers du sud est de la France, Hollande, Belgique et Espagne pour la cocaïne).

²³⁷ Les DRASS maintenant réunies au sein des ARS (Agences régionales de santé) avec l'ensemble des institutions ayant un rôle au niveau régional dans le champ sanitaire sont alors responsables des schémas régionaux d'organisation sanitaire c'est-à-dire de la répartition de l'offre de soins régionale.

Enfin, le rapport du Forum européen pour la sécurité urbaine insiste sur le rôle du mythe qui fait de Rotterdam, la ville des drogues *dures*, mythe largement transmis par les média [197].

Après la substitution : fête, approvisionnement et trafic

Après 2000, la littérature en français sur les phénomènes transfrontaliers liés aux drogues ne semble plus s'intéresser à ce phénomène de sédentarisation d'usagers de drogues précaires français à l'étranger. On sait que la diffusion des traitements de substitution a cassé pour un temps le marché de l'héroïne en France, en fournissant, en particulier avec la BHD, un outil de gestion du manque particulièrement accessible rendant peut-être moins vitale la proximité d'une source d'héroïne abordable [204]. Par contre, les va-et-vient transfrontaliers de type commerciaux se sont multipliés avec la montée du micro-traffic en France (voir infra) [205] et les consommations de drogues illicites sur le sol étranger vont être essentiellement liées aux voyages à visée festive (voir infra).

Concernant le cannabis, les *coffee shops* hollandais ont constitué jusqu'à aujourd'hui une destination permettant à des usagers plus exigeants que ceux qui achètent sur le marché français habituel de s'approvisionner et de consommer sur place. Il est difficile de proposer une quantification des flux. En effet les chiffres disponibles dans la presse ne sont pas explicités. Ils concernent généralement des villes et mélangent les nationalités. Ainsi un article du journal *Libération* du 13 septembre 2009 avance un chiffre de 25 000 touristes de la drogue, en majorité français ou belges se rendant chaque semaine dans deux villes du sud des Pays-Bas (Bergengop-Zoom et Roosendaal)²³⁸. Le journal régional français, *le Républicain Lorrain*, évoque dans son édition du 6 août 2011, le passage annuel de 1,4 millions de « touristes de la drogue » à Maastricht²³⁹, principalement belges, allemands et français. Un article paru dans le mensuel *Courrier International* du 9 août 2011 évoque, toujours pour la ville de Maastricht, des chiffres plus élevés²⁴⁰ :

« Sur le nombre de clients qui seront concernés par cette mesure, les avis divergent. La clientèle représente au total à Maastricht, selon certaines estimations, entre 2,3 et 3 millions de personnes par an. D'après le COT (Institut pour la gestion de la sécurité et des crises), 41 % viennent de Belgique, 41 % des Pays-Bas, 6 % d'Allemagne, 6 % de France et 6 % d'autres pays ».

Cependant, il est probable qu'une partie de ces individus vient s'approvisionner à des fins de trafic plutôt que simplement consommer sur place.

On peut citer également les foires commerciales du cannabis organisées à Barcelone ou encore la participation à la Journée mondiale du cannabis qui se tient début mai en Espagne. Elles attirent en particulier de jeunes hommes, insérés socialement (lycéens, étudiants ou actifs) qui fréquentent l'espace alternatif, d'avantage à la recherche d'expériences que par adhésion à une contre-culture qu'ils maîtrisent d'ailleurs assez peu [199]²⁴¹.

²³⁸ <http://www.liberation.fr/monde/0101590624-les-pays-bas-veulent-reserver-le-cannabis-aux-hollandais>

²³⁹ <http://www.republicain-lorrain.fr/france-monde/2011/08/06/maastricht-pas-de-droque-aux-francais>

²⁴⁰ <http://www.courrierinternational.com/article/2011/08/09/fumeur-de-joints-passe-ton-chemin>

²⁴¹ Décrits dans le dispositif TREND sous le nom « d'expérimentateurs ».

12.3.2. Faire la fête et consommer à l'étranger

Dans ce cadre, les déplacements sont avant tout liés à la fête. Les produits constituent alors seulement une composante de la fête, occasion traditionnelle d'usage et d'abus de substances psychoactives [195, 199, 206].

Deux zones en France se caractérisent par une consommation transfrontalière de substances attachée à la fréquentation du milieu festif techno : le Sud-ouest et le Nord. On notait également en 2000 le déplacements de jeunes de la régions de Nice (département des Alpes Maritimes) vers les grands rassemblements techno des villes du nord de l'Italie telles que Bologne ou Gênes [198]²⁴².

Dans le rapport du Forum européen pour la sécurité [197] des intervenants lillois évoquent déjà brièvement un *groupe* de jeunes (16-20 ans) consommateurs d'ecstasy et de speed à l'occasion de leurs sorties dans les discothèques belges ou dans les manifestations techno alternatives²⁴³. Ce travail fait par ailleurs mention de l'attractivité exercée par « la vie de nuit » à Anvers (Belgique) sur des Néerlandais, des Français et des Allemands qui achètent et consomment sur place, de l'ecstasy, du speed et de la cocaïne.

Encadré 1 : Le mouvement festif techno en France : Quelques données pour comprendre

Le mouvement techno apparaît en France à partir de 1990. Les premières raves sont payantes. Organisées dans des espaces inhabituels (châteaux, catacombes, forêts...), elles rassemblent quelques centaines de personnes, notamment la communauté homosexuelle. Dès lors que la réglementation britannique se durcit, au début des années 1990, les fondateurs anglais du mouvement *free parties* se déplacent vers l'Europe continentale et en particulier vers la France, répandant ainsi une nouvelle manière de faire la fête. En 1993 est organisé le premier teknival français. Dans la population française, la techno est rapidement associée à la consommation d'ecstasy. En 1995, la circulaire interministérielle intitulée « Les soirées rave, des situations à hauts risques » donne le ton. Les organisateurs d'événements se divisent ; certains choisissent la légalité et commercialisent leur soirées, les raves ; les autres refusant tous contrôle social organisent des *free parties* [207]. En mai 2001 paraît l'amendement « Mariani » relatif à certains *rassemblements festifs à caractère musical*, correspondant à l'article 53 de la Loi sur la sécurité quotidienne (LSQ) n° 2001-1062 du 15 novembre 2001. L'amendement soumet toutes les *rave parties* à une déclaration au préfet en précisant l'identité des organisateurs, le lieu, les mesures de sécurité et d'hygiène prises et le nom. Le décret d'application n° 2002-887 (dit « Mariani et Vaillant ») précise que les organisateurs de *rave-parties* sont tenus de déclarer leur projet aux préfets des départements concernés dès lors que « *L'effectif prévisible des personnes présentes sur le lieu de rassemblement dépasse 500* » et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non un engagement de bonnes pratiques. À partir de ce décret, on assiste en France à une restructuration de l'espace festif techno alternatif : éclatement de cet espace en petites *free parties* très discrètes ; raréfaction voire disparition des événements festifs non commerciaux de grande ampleur ; hausse de la fréquentation des clubs et des discothèques par les usagers de produits du milieu techno {SUDERIE, 2011, à paraître #4;SUDERIE, 2010 #5;CADET-TAIROU, 2010 #12;Cadet-Tairou, 2010 #1176}. De même, à

²⁴² Les observations n'ont pas été poursuivies sur ce site.

²⁴³ L'espace techno dit « alternatif » correspond aux manifestations festives où se rassemblent les personnes qui portent des aspirations contre-culturelles en lien avec le mouvement techno : raves parties, free parties, teknivals et, à la fin de la décennie 2000, parties « off » des festivals et tous les dérivés actuels des manifestations citées (raves multison par exemple, « anniversaires »...).

partir de 2002, les organisateurs de *free parties* français se posent régulièrement hors des frontières : en Espagne pour ceux de la région toulousaine, en Allemagne pour les *Sound systems*²⁴⁴ lorrains. Ceci a pour conséquences, une diffusion de certains produits (stimulants, voire hallucinogènes) dans l'espace festif commercial où ils étaient jusqu'alors peu disponibles et l'accroissement de la fréquentation des fêtes transfrontalières.

Parallèlement, le mouvement techno, fortement médiatisé à l'occasion des teknivals qui rassemblent jusqu'à près de 100 000 personnes [207]²⁴⁵ prend de l'ampleur et ouvre cet espace alternatif à des populations de curieux très éloignés du mouvement. Perdant une part de sa spécificité, il s'étend également en France vers les lieux festifs plus conventionnels, au premier rang desquels les discothèques et les boîtes de nuit [208]. Parallèlement à cette « commercialisation » de l'espace festif techno, les puristes, revendiquant une culture alternative, tendent à se replier vers l'espace des *free-parties* confidentiel et favorisant l'entre-soi. Au final, les *teuffers* des années 2010, ne constituent pas un groupe homogène et il y a loin, en termes d'usage de drogues, du *traveller* qui parcourt l'Europe au « *jeune en errance* » en quête d'affiliation alternative en passant par celui qui sort occasionnellement ou de manière hebdomadaire en « teuf » après une semaine de travail

Les motivations : mythe, fête et psychotropes

La dimension fantasmatique

Avant même tout argument rationnel, le simple passage de la frontière ouvre l'espace de la fête, temps de l'exception et de la liberté. « *Quitter son pays, c'est déjà se sortir d'un ordinaire* » à Lille comme à Metz [195]. Les règles connues chez nous n'y ont plus cours. « *Tout y est possible* ». C'est ainsi que l'Espagne incarne pour les Toulousains la « *liberté utopique de consommer des drogues* » [199]. Peut-être plus que la Belgique ou la Hollande pour les villes du Nord et de l'Est de la France, l'Espagne, a pour les Toulousains la dimension d'un *ailleurs*. Les investigations sur les sites depuis 10 ans ont montré par exemple, l'importance de la tradition du *voyage initiatique vers l'Espagne* pour les jeunes Toulousains. Enfin, la dimension du mythe est prépondérante lorsqu'on évoque les « *spots internationaux du monde de la nuit à Ibiza ou ailleurs* » [209] ou les « *vacances à Barcelone* » [199].

Les motivations exprimées par ailleurs, sont de deux ordres, celles liées à la fêtes et celles liées aux produits.

La variété et la qualité de l'offre festive

Dès l'année 2000, il apparaissait que la première motivation qui conduisait le public français vers les lieux festifs étrangers était l'attractivité de leur scène festive [198].

La première motivation qui guide les transhumances de fin de semaine dans le nord et le sud-ouest de la France est la recherche d'un endroit adéquat pour faire la fête. L'Espagne, comme la Belgique, du fait d'une tradition plus ancienne, disposent depuis longtemps de lieux spécifiques dédiés à la musique techno et susceptibles d'accueillir des rassemblements de grande ampleur

²⁴⁴ Le Sound system désigne l'ensemble du matériel sonore nécessaire pour diffuser la musique dans une rave party ou une free party. Par extension, le terme désigne également le groupe de personnes qui l'utilisent.

²⁴⁵ Teknival de Chambley en 2004 : 97 000 personnes

[198]. Concernant le milieu festif conventionnel (commercial), la taille des établissements (boîtes de nuit en Espagne, méga dancing le long de la frontière belge pouvant accueillir de 3 000 à 4 000 personnes) est ainsi régulièrement évoquée. Celle-ci joue un rôle à la fois dans la possibilité de s'y rendre en groupe mais aussi dans la qualité de l'ambiance [195, 199].

L'ambiance de la fête est elle-même un élément distinctif de ces établissements. Ainsi, les Toulousains apprécient la culture espagnole, perçue comme plus festive dans un contexte où le contrôle social est vécu comme moins contraignant – plus grande tolérance qu'en France face aux expressions festives et notamment consommations de psychotropes illicites dans l'espace public [199]. Barcelone est ainsi décrite comme *un haut lieu de liberté festive inégalable en France* [207]. De même, les jeunes Lorrains (18-25 ans, Metz) disent rechercher dans ces établissements géants une ambiance dite « *de folie* » [195]

L'offre musicale est également un critère déterminant. Pour les plus âgés (25-35 ans) d'une part, qui fréquentent, par exemple, les clubs luxembourgeois avant tout pour la programmation musicale ; et pour les tenants de la culture alternative, d'autre part, à la recherche de *free parties* ou d'un type de son spécifique (*hardcore* par exemple) (Metz). En Lorraine, une partie du public *hardcore* n'hésite pas à faire des déplacements importants en Belgique (Bruxelles) ou en Allemagne (Mannheim et Karlsruhe) pour des soirées en salle ou en boîtes *hardcore* avec des DJs internationaux [195].

Un accès plus facile aux établissements festifs peut aussi être évoqué, des prix d'entrée plus bas (sans compter celui des boissons et des psychotropes) en Belgique ou en Espagne, une ouverture des méga dancings belges plus tardive que les établissements français ou encore un moindre contrôle de l'âge à l'entrée des boîtes en Belgique, au Luxembourg ou en Allemagne.

Les produits à portée de main

L'accessibilité aux psychotropes constitue un élément de premier plan sur les trois sites et ce, depuis les premières observations : l'alcool plus abordable est cité, mais surtout les substances illicites, plus disponibles et de surcroît moins chères qu'en France : cannabis ; mais également MDMA et amphétamine en poudre, privilégiés depuis la désaffection pour les comprimés d'ecstasy ; cocaïne également, surtout dans les boîtes de nuits espagnoles et luxembourgeoises et même kétamine dans les clubs espagnols [195, 199]. Ainsi, à Lille, la majorité des drogues de synthèse consommées par les Français, le seraient en Belgique pendant le week-end. Cette offre de MDMA dans les milieux festifs belges serait très appréciée puisqu'elle permettrait de « *gérer le délire* » [199].

La tolérance, déjà évoquée, vis-à-vis des consommations dans l'espace festif public constitue également un élément déterminant de l'ambiance.

« Les vigiles ne sont pas là pour t'empêcher de te droguer...Du coup, les gens vivent leurs drogues super bien »²⁴⁶

Au festival de Dour en Belgique, qui attire de nombreux Français, la consommation ne se cache pas.

²⁴⁶ Pour les usagers, le stress et vigilance associés à la consommation de substances psychoactives illicites dans un environnement qui le réprouve sont supposés favoriser les mauvais trips et/ou les malaises.

La qualité des produits n'est pas réellement mise en avant dans ce contexte. Seules les observations de TREND en 2000 mentionnaient une qualité du comprimé d'ecstasy en Italie qui à elle seule « *aurait valu le déplacement* » en dépit d'un prix plus élevé. Il est peu probable que ce différentiel persiste à l'heure actuelle.

Types de fêtes et de populations

Scène alternative et contre culture

En Lorraine, comme ailleurs en France, l'amendement Mariani et Vaillant (2002) est à l'origine d'une raréfaction des manifestations festives alternatives françaises. Alors que certains départements de la région conservent malgré tout une activité festive de type *free parties*, d'autres comme la Meurthe-et-Moselle l'ont vue pratiquement disparaître [210]. De surcroît, comme précédemment évoqué, le mouvement techno s'étant largement dilué dans une population de jeunes « tout venant » parfois peu familière de l'esprit alternatif, les puristes du mouvement, amateurs de *hardcore* et de *free parties*, n'hésitent pas à se déplacer au-delà des lieux festifs transfrontaliers de proximité. Ce public fréquente par exemple des établissements situés dans le Bade Wurtemberg près de la frontière alsacienne ou même, pour ceux qui en ont les moyens plus loin en Allemagne (Mannheim ou Karlsruhe) ou en Belgique (Bruxelles). Ils suivent en particulier les *Sound systems* français qui s'installent en Allemagne et y organisent des *free parties*, pouvant jusqu'à la fin des années 2000 drainer jusqu'à 1 000 personnes [195].

Selon le site de Lille, les festivals se déroulant en Belgique, tel que celui de Dour en Belgique qui se déroule en juillet, sont également fréquentés par de nombreux français. Les substances psychoactives s'y consomment de manière ostensible.

Du côté espagnol, l'espace festif alternatif est à son apogée entre 2000 et 2005. Les événements transfrontaliers rassemblant les effectifs les plus importants de la population électronique alternative restent les teknivals et free-parties du nouvel an et ceux qui ont traditionnellement lieu pendant la période estivale. De plus, à l'instar de ce que l'on observe à la frontière nord-est, de nombreuses *free parties* sont désormais organisées par des Français en Espagne. Les *teuffeurs* français, s'y rendent, le temps d'une soirée, d'un week-end ou d'une semaine. Après 2005, l'organisation de ces événements disparaîtra progressivement du fait de l'essoufflement de la culture électronique locale mais aussi par le fait de l'intervention de La *Guardia Civil*. En 2010, il est possible que des soirées privées puissent s'organiser à la frontière espagnole pour un anniversaire ou un événement particulier mais la récurrence de ces événements est aujourd'hui de l'ordre de l'exceptionnel [199].

Fêtes, drogues, contre-culture et politique : le mouvement des Okupas²⁴⁷

Parmi les Français qui organisent des fêtes en Espagne, entre 2000 et 2005, deux groupes peuvent être distingués : ceux qui organisent des free-parties ponctuelles de plein air, généralement entre mars et septembre, tout en gardant leur lieu de vie principal en France ; et ceux qui décident de s'installer temporairement à Barcelone²⁴⁸. Ces derniers, perçoivent en effet le climat politique catalan comme plus clément, autant pour l'organisation d'une *free* de plein air ou en squat, que d'un festival avec autorisation. Certains rejoignent alors le mouvement des

²⁴⁷ Littéralement, squatters : cf. Bouillon, F « Les mondes du squat », Le Monde, PUF, 2009

²⁴⁸ Certains y sont d'ailleurs restés.

Okupas. Ces groupes qui n'avaient pas pour habitude de vivre dans des squats à Toulouse, passent d'une affiliation alternative à un *mode de vie* alternatif et s'installent à Barcelone dans des « *squats à expat* » où il y a finalement peu d'Espagnols, mais surtout des personnes récemment arrivées de France mais aussi d'Italie ou du R-U » [211]. Les squats barcelonais documentés par les investigations TREND Toulouse de 2005 à 2007 sont effectivement peuplés en grande partie de Français. S'ils sont venus pour faire la fête, c'est finalement motivés par un activisme politique d'extrême gauche qu'ils vont rester, attirant à leurs tours d'autres Français. Ainsi, les investigations indiquent que des séjours de courte durée (d'une soirée à une semaine) sont également ou principalement motivés par un certain « activisme politico-récréatif ». Autrement dit, au-delà du déplacement exclusivement festif (*teknival, free-party, rave-party*), ces français se rendent en Catalogne le temps d'une manifestation de jour suivie par une *free-party* ou une soirée dans une okupas, explicitement associées à l'évènement [212-213].

Le clubbing conventionnel

En Lorraine, c'est un public d'amateurs de musique techno «qualifiée de « *happy techno dansante* » qui est concerné. Alors que les 18-25 ans se rendent plus volontiers vers les villes de la pointe sud de la Belgique, près du Luxembourg, dans des méga dancings, clubs techno pouvant rassembler 3 000 à 4 000 personnes, les 25-35 ans fréquentent davantage les clubs luxembourgeois choisis en premiers lieux pour leur programmation musicale et une ambiance plus intimiste. Les premiers seraient caractérisés par une offre abondante de MDMA en poudre, les deuxièmes davantage tournés vers la cocaïne et l'amphétamine.

Les uns et les autres se déplacent le plus souvent pour une soirée le week-end (vendredi ou samedi). Certains peuvent finir la nuit sur place s'ils ont un point de chute (connaissances), les autres rentrent dans la foulée.

Plus au Nord, autour de Lille, ce sont les méga dancings belges proches de Tournai qui sont fréquentés par les jeunes frontaliers en fin de semaine. Certains de ces établissements reçoivent en majorité une clientèle française. La part des français parmi les personnes interpellées pour usage simple de drogues «en contexte dancing » c'est-à-dire à proximité de ces discothèques, dans l'arrondissement de Tournai (Belgique), oscille autour de 70 % (66,7 % en 2010)²⁴⁹. Cependant, leur nombre est en baisse, parallèlement à la baisse de l'ensemble des interpellations locales du même type (130 en 2007, 46 en 2010). En 2010, on note la mise en place de bus partant de France vers ces discothèques [202].

Ici, la vente se passe sur les parkings des méga dancings où elle bénéficie d'une grande tolérance de la part des patrons de clubs et parfois de complicité. Quoi qu'il en soit comme la clientèle, les dealers sont français. Ils achètent les produits en Belgique, les revendent en Belgique, minimisant ainsi le risque encouru, en revenant « à vide » du côté français. Issus des quartiers populaires de l'agglomération lilloise, ces dealers quasi professionnels, qui officient en semaine dans les zones de deal lilloises, ont supplanté, à partir du milieu des années 2000, les usagers de produits amateurs de techno qui revendaient de petites quantités pour financer leur sortie.

Concernant les fêtards toulousains, la première destination étrangère reste Barcelone et ses alentours. Il n'est pas rare qu'après un « apéro » un groupe de jeunes se décide de partir pour

²⁴⁹ Parallèlement la part d'usagers français parmi les interpellations pour usage en contexte urbain passe de 38 % en 2007 à 4 % en 2010.

faire « *une virée à Barcelone* ». Ce processus de migration festive associée à la consommation de psychotropes, plus ou moins régulière et de durée plus ou moins longue –il peut s’agir d’un week-end mais également souvent de vacances- concerne tous les milieux sociaux qui fréquentent l’espace festif commercial. Il ne peut être compris qu’en référence aux codes symboliques de liberté festive décrits par ailleurs. Les moments festifs proprement dit semblent avoir lieu exclusivement en club la nuit, c’est-à-dire avant le lever du jour. Pour ces groupes, il s’agit donc moins de faire la fête 24h sur 24h sur un genre musical particulier²⁵⁰ que de profiter des « *vacances à Barcelone* ». Les activités péri-festives observées au sein de ces groupes ont une place tout aussi importante que les moments festifs de nuit, si ce n’est pas : « *se faire un resto* », « *aller au musée* », « *aller à la plage* », ou encore « *faire du shopping* ».

Le cas particulier du milieu festif gay

Le milieu festif des hommes qui se revendiquent comme gays constitue l’archétype du tourisme international festif autour de la techno, qui se développe dans les années 1990 comme en témoigne cet extrait d’un compte-rendu d’entretien :

Le clubbing à l’étranger provoque des étincelles dans le regard, et renvoie à un âge d’or récent de la condition gay : « *C’était en 1997 et 1998, (...) j’ai rapidement fait le circuit. C’était quand même incroyable, on allait à Bruxelles en boîte, un week-end à Barcelone ou à Londres, on allait rencontrer... Y a eu, à partir ce moment-là, tout d’un coup il y a eu une explosion au niveau de l’Europe, les gens ont commencé à aller dans des pays, tu vois, et rencontrer des gays aussi d’ailleurs, tout d’un coup c’était... (il roule les yeux) et puis j’aime bien voyager, et tout ça c’était, c’était je pense que c’est ce que les gays aiment... Enfin moi c’est ma conception de la vie, de s’amuser, de prendre un maximum de plaisir, enfin voilà... Donc du voyage, de l’amusement, des sorties...* » (Stéphane) [206].

L’étude ethnographique en milieu festif gay, préalablement évoquée, menée en 2007 et 2008 avait permis d’évoquer les migrations festives dans les métropoles européennes voir américaines, fréquentes dans ce groupe particulièrement amateur de fêtes et de substances psychotropes et disposant souvent des moyens financiers qui autorisent ces déplacements. Berlin, Londres, Amsterdam et Bruxelles étaient les destinations festives les plus souvent cités par les parisiens rencontrés dans ce cadre. Les Toulousains évoquaient plus volontiers Barcelone, Sitges ou Ibiza mais également Londres et Berlin²⁵¹. La majorité d’entre eux marquaient une préférence pour ces fêtes hors des frontières [201]. La plupart des motivations diffèrent peu de celles évoquées par les autres teuffeurs : l’offre limitée de soirées et de lieux festifs, à Paris comme à Toulouse où en outre, ils regrettent l’absence d’espace spécifiquement gays²⁵² et un milieu festif insuffisamment « branché »²⁵³ [199]; le coût élevé de la fête à Paris (entrée des établissements, alcool et psychotropes illicites) ; une disponibilité moindre des drogues, notamment celles qui en France restent l’apanage de ce groupe d’usagers telle le crystal (méthamphétamine), trouvée plus facilement à Berlin ou à Londres ; la perception d’une

²⁵⁰ Cette modalité de fête est celle retrouvée dans les milieux alternatifs

²⁵¹ Ainsi que Paris et Montpellier qui ne constituent pas des destinations transfrontalières.

²⁵² Il existe des établissements strictement gays à Paris alors qu’à Toulouse, il s’agit d’un espace *gay friendly* où les hommes gays font figure de trend setters mais fréquentés également par des jeunes teuffeurs « hétéro ».

²⁵³ Comme les trentenaires ou quadragénaires de Metz qui recherchent des programmations musicales plus recherchées dans les clubs luxembourgeois, les gays de cette classe d’âge ne fréquentent à Toulouse que les soirées dédiées à une musique plus « pointue » au cours desquelles la consommation de drogues récréatives est généralisée.

plus grande tolérance sociale vis-à-vis de l'usage récréatif de drogues (Espagne, Angleterre, Allemagne, Pays-Bas, Belgique) et enfin, une atmosphère festive ressentie comme plus conviviale [201]. D'autres raisons apparaissent en revanche plus spécifiques telle que l'anonymat, en particulier à Toulouse : l'échelle de la ville où « *tout le monde connaît tout le monde* » incite peu à l'usage de psychoactifs illégaux, particulièrement lorsque l'usager occupe une position sociale supérieure. L'effet désinhibiteurs de certains produits pourrait favoriser un comportement jugé négativement par des tiers, dans un contexte où la prise de substances psychoactives est loin d'être admise par tous [199]. De même, s'agissant des villes du nord de l'Europe est évoquée la perception d'une plus grande tolérance sociale de l'homosexualité autorisant en public un comportement similaire à celui d'un couple hétérosexuel [201].

Il faut noter que les observations ethnographiques de 2010, font état à Paris d'un recul par rapport à la période 2007-2009 où la consommation de substances en contexte public a atteint une sorte de paroxysme entraînant par exemple une quasi banalisation des comas liés au GHB dans les boîtes gays. On observe en 2010 un retour à la modération et un recul de la « fête-défouloir ». Les motivations au clubbing à l'étranger s'en trouvent également affectées : la motivation principale pour le voyage n'est plus le clubbing ou l'offre de drogues, mais plutôt la découverte, les amis et les rencontres [206].

Faire la fête en France : les vendanges

Dans la région de Bordeaux, les observateurs du dispositif TREND notent « une européanisation » du public des fêtes avec notamment la présence de saisonniers agricoles espagnols dans les *free parties* qui se déroule en zones rurales à la période des vendanges. Ces *free parties* sont des rassemblements de 100 à 250 personnes qui ne relèvent plus vraiment d'une contre culture techno mais s'apparentent davantage à un rassemblement festif en plein air avec sonorisation [214].

12.4. S'approvisionner à l'étranger

L'étude menée en 2004 et 2005 à partir de procédures d'interpellation liées au trafic de cocaïne a mis en évidence l'importance du micro trafic transfrontaliers sur la diffusion des consommations en France. Certains usagers tendent de plus en plus pour bénéficier de prix attractifs à s'approvisionner directement en cocaïne, héroïne ou ecstasy, auprès de grossistes installés en Belgique, en Hollande ou en Espagne [200]. Rotterdam et Anvers constituent les places les plus importantes, mais des « succursales » ont été ouvertes sans d'autres villes belges, tout particulièrement à Charleroi ainsi que dans des communes frontalières où de gros vendeurs français stockent une partie de leur marchandise avant de l'écouler [195]. Cette démarche leur permettant d'obtenir leurs substances de prédilection plus pure et moitié moins chères que s'ils les avaient achetées sur le marché de détail de leurs régions respectives. Ainsi, par exemple, dans des villes comme Anvers, Gand ou Bruges, le prix du gramme de cocaïne acheté à un semi-grossiste se situe entre 25 et 40 euros contre 60 euros pour un gramme acheté au détail en France [200]. Cette motivation est largement présente dans les milieux sociaux les plus modestes et peut conduire certains usagers à développer des trafics locaux à des fins d'enrichissement personnel [200]. À côté des trafiquants pour lesquels ce commerce est la principale source de revenus, il s'agit, pour de nombreux usagers, d'achat groupé générant un intense « trafic de fourmi ». L'organisation de la vente est très structurée et les acheteurs français sont accueillis dès le passage de la frontière par des rabatteurs qui les guident vers les lieux de vente (des appartements le plus souvent) [195]. Au sud, les déplacements vont vers l'Espagne. Les Aquitains se rendent plutôt à Bilbao pour l'héroïne et la cocaïne and à Irun pour

la résine de cannabis. Dans la région toulousaine l'approvisionnement se fait à Barcelone ou Lérída.

Les grandes manifestations musicales constituent également une source d'approvisionnement. Ainsi, le site TREND de Bordeaux constate que le Boom festival qui se déroule au Portugal est non seulement l'occasion de trajets d'approvisionnement préalable aux Pays-Bas et en Belgique, mais est, en outre, suivi d'une diffusion en France de produits rapportés du festival [214].

12.4.1. Un manque de données d'impact

Dans les années 1990, il semble que l'impact majeur du « tourisme de la drogue » se situe dans les overdoses. Attestant de la présence des toxicomanes français, la moitié des personnes décédées par overdose à Rotterdam entre 1993 et 1995 sont françaises !²⁵⁴ Dès 1995 ce nombre de surdoses diminue suite à une politique d'expulsion plus systématique des « touristes de la drogue ».

La bibliographie effectuée n'a pas permis d'identifier de sources scientifiques estimant l'impact des consommations transfrontalières actuelles. C'est essentiellement par le biais de la presse relayant des discours d'acteurs du champ, que des « nuisances » sont évoquées, sans que l'on puisse valider leur existence et leur ampleur. Par exemple, le journal gratuit *20 minutes* du 5 août 2011, explicitant la mesure d'interdiction des *coffee-shops* aux étrangers autres que Belges et Allemand dans la commune de Maastricht, écrit : « *La ville souhaite réduire les nuisances liées au tourisme de la drogue, comme les problèmes de circulation, de tapage nocturne et la prolifération de vendeurs de drogue dans les rues...* »

Lorsque l'on s'intéresse au versant festif des déplacements transfrontaliers des jeunes français, il semble, en dépit de l'absence de données chiffrées, que les prises de risques se concentrent, sans surprise, sur les consommations de psychotropes et sur les trajets rendus dangereux par la vitesses et là encore par les psychotropes.

Enfin, le trafic de fourmi généré par les nombreux usagers qui se groupent pour organiser des voyages ou par les usagers revendeurs porte une part de responsabilité dans la diffusion de la cocaïne puis de l'héroïne qui deviennent accessible à des sphères de plus en plus large de la population et en tout point du territoire national, c'est-à-dire dans les petites villes et jusque dans l'espace rural [205, 208]

12.5. Déplacements transfrontaliers et utilisation des services de soins

S'agissant des usagers précarisés des années 1990, installés pour un temps en Belgique ou aux Pays Bas, il semble que l'offre d'aide de soins aux usagers de drogues, plus développée aux Pays bas que chez ses voisins, n'ait motivé ni les déplacements, ni les séjours transfrontaliers, les étrangers européens étant une minorité à se présenter à ces structures²⁵⁵.

²⁵⁴ On peut poser l'hypothèse que la (ou l'une des) première(s) rencontre(s) avec une héroïne de « bonne » qualité a pu leur être fatale.

²⁵⁵ Par exemple les statistiques d'un centre méthadone de Rotterdam font état de 18 % de patients de « nationalité étrangère » (sans compter ceux provenant du Surinam, de Turquie, du Maghreb ou des Antilles) parmi ceux inscrits entre 1991 et 1995 (soit

En revanche, les prostituées-toxicomanes étrangères (et en particulier françaises) tendent, à l'époque, à séjourner longtemps à Rotterdam disant y travailler dans de meilleures conditions et espérant avoir accès aux dispositifs mis en place pour les prostituées [197]. C'est plutôt dans la zone transfrontalière de proximité que les usagers de drogues français vont aller chercher des soins avec le développement des traitements de substitution.

12.5.1. Les déplacements à l'initiative des usagers de drogues :

Les déplacements transfrontaliers à la seule initiative des usagers concernent, en règle générale, des Français qui vont chercher des soins vers les pays frontaliers du nord et de l'est.

La France a, en effet, mis en place ses programmes de réduction des risques et de substitution aux opiacés plus tardivement que ses voisins, ce qui a favorisé, au début des années 1990, à ses frontières nord et nord-est, la migration d'usagers désireux d'accéder à des traitements peu développés à l'époque sur le territoire national [195, 215]. À partir de 1995, des programmes méthadone se développent en France au-delà des quelques places disponibles à titre expérimental avant cette date. Cependant, dans sa phase de lancement, le programme méthadone français, très rigoureux, reste très sélectif du fait de sa petite capacité d'accueil et de la rigidité de son cadre : seuls les médecins des centres spécialisés pour les usagers de drogues peuvent initier le traitement par la méthadone et les conditions d'entrée dans les programmes sont draconiennes. Le relai peut ensuite être pris par un médecin libéral. Parallèlement, en Belgique par exemple, la méthadone peut être prescrite en médecine libérale et aucun cadre réglementaire particulier ne vient limiter sa prescription. Toutefois, les usagers les plus précaires vont peu à peu regagner les centres spécialisés français et le développement de l'accès à la substitution en France, par le biais de la buprénorphine haut dosage (1996) pouvant être prescrite en médecine générale, va réorienter la demande de substitution vers la France. À partir de 2002, la méthadone peut également être prescrite par les médecins hospitaliers.

Pourtant, il perdure un mouvement important de Français qui se rendent chaque mois en Belgique pour s'y voir délivrer de la méthadone. Le responsable du suivi du programme méthadone en Belgique confirme en 2008 la présence persistante de plus de 2 000 français traités en Wallonie. Ceux-ci se caractérisent en général par une bonne insertion professionnelle, ce qui contribue à leur faible visibilité d'une part et à leur désir de discrétion d'autre part [195]. Certains patients, selon des médecins belges, pourraient même venir de zone non frontalières telles que les villes de Paris ou de Marseille [216]

Les motifs évoqués par les patients concernent soit le dispositif français, soit les traitements proposés en France [203, 216] :

- Une accessibilité plus facile à la méthadone : Elle peut être liée à une distance moindre à parcourir pour les usagers frontaliers du fait de l'absence dans certaines régions françaises de centres de soins spécialisés de proximité. Certains usagers évoquent les horaires d'ouverture des centres français, incompatibles avec une activité

entre 500 et 700 patients). Les auteurs déduisent de cette valeur que peu d'héroïnomanes étrangers demandent un accès à la méthadone. Il est aussi mentionné que les européens qui séjournent longtemps sur place sont les plus précaires et désocialisés.

professionnelle et les délais d'attente de certains centres²⁵⁶. Enfin, les contraintes de prescription et de délivrances de la méthadone en France²⁵⁷ sont mises en avant. Des médecins s'exprimant dans le cadre d'une journée de rencontre entre praticiens interfrontaliers évoquent même des relais organisés par des médecins français auprès de leur collègues belges pour qu'un patient qui doit s'absenter puisse recevoir une prescription de plus de 15 jours [216]. Certains usagers de la substitution belge seraient des « déçus du Subutex® », personnes à qui l'on a prescrit en France du Subutex® et qui n'en sont pas satisfaites [216]. Enfin, la recherche de méthadone en gélule, disponible en France uniquement depuis 2009, et d'utilisation plus fonctionnelle que le sirop (sucre, volume) est également une motivation fréquente.

- La recherche de discrétion et d'anonymat (ne pas être traité à proximité de chez soi, n'avoir à faire à aucune administration)
- Le refus de fréquenter le dispositif spécialisé (français) pour éviter la stigmatisation et pour ne pas fréquenter la population des toxicomanes marginalisée et violente fréquentant les centres. Certains usagers évitent également ainsi le suivi psychosocial qu'ils ne jugent pas nécessaire.

Ces déplacements réguliers pour accéder au traitement représentent, jusqu'à ce jour, une pratique coûteuse pour les usagers de drogues, qui, à moins qu'ils ne travaillent en Belgique, ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale belge et assument les frais des consultations et des traitements. Cependant l'Union européenne progresse vers la possibilité pour chaque citoyen d'être remboursé de soins volontairement « consommés » au sein de l'UE²⁵⁸.

Ils peuvent également mettre les médecins généralistes prescripteurs belges en difficulté. En effet, si tous les médecins belges ont la possibilité de prescrire de la méthadone, dans les faits, le suivi des usagers de drogue se concentre sur quelques médecins appartenant à des réseaux ou en lien avec des structures de soins [216]. Au moment où quelques uns de ces médecins se sont exprimés, certains médecins auraient suivi dans le Hainaut plus de cent patients français par mois, entraînant un engorgement. Les médecins se plaignent également de devoir adapter leur pratique à des patients dont la proximité n'est pas toujours immédiate ou de ne pas pouvoir établir de relai lorsque le patient revient se faire soigner en France. Des difficultés apparaissent également lorsque le patient doit effectuer des examens complémentaires. En 2010, les CAARUD²⁵⁹ et les centres de soins spécialisés proche de Metz signalent que les patients français seraient de moins en moins bien acceptés par les médecins Belges. Ils constatent une progression des demandes de régularisation en France, de la prise de méthadone initiée dans les pays voisins [210].

²⁵⁶ Cette situation a probablement évolué favorablement suite aux efforts faits depuis la conférence de 2004 sur les traitements de substitution pour rééquilibrer la balance BHD/méthadone en faveur de la méthadone, mais ce point particulier est rapporté par des médecins belges d'après ce que leur disent les patients français et ce même point est également évoqué par les médecins comme une rumeur qui a encore cours chez leur patients.

²⁵⁷ En France, la prescription de la méthadone en médecine de ville est limitée à 14 jours avec une délivrance limitée à 7 jours, voire 14 jours sur indication écrite du médecin. Durant la période d'initiation en centre, prescription et délivrance sont initiées à 7 jours.

²⁵⁸ w.europarl.europa.eu/fr/pressroom/content/20110119IPR11941/html/Le-droit-de-se-faire-soigner-%C3%A0-l'-%C3%A9tranger-des-r%C3%A8gles-plus-claires

²⁵⁹ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques)

Sous l'angle de l'utilisation des services liés aux usagers de drogues, la frontière espagnole, vue de la région toulousaine, est radicalement différente des zones frontalières du nord-est. Aucun accès à des programmes de substitution type méthadone n'y est repéré. Les salles d'injection ou plutôt, la salle d'injection de Barcelone (la Sala Baluard) est trop éloignée pour être à l'origine de voyages. Bien que les teuffeurs toulousains n'identifient pas les dispositifs de RDR (réduction de risques) dans l'espace festif commercial de Barcelone, ceux-ci existent pourtant (Energy control, Somnit, ou Ai Laket) et il est probable que les français en profitent comme les autres. Par contre, le déplacement en Espagne des *free-parties* françaises au milieu des années 2000 à la suite de l'amendement Mariani et Vaillant les a laissées dépourvus de RDR, les associations françaises ne pouvant y intervenir légalement [199].

12.5.2. Les coopérations entre établissements hospitaliers

Les déplacements transfrontaliers concernant l'utilisation des soins ou d'équipements de réductions des risques tels que des salles d'injection peuvent également s'insérer dans le cadre de projets transfrontaliers plus institutionnels.

D'une manière générale, et pas seulement dans le domaine de la toxicomanie, il existe ainsi des accords entre établissements hospitaliers de part et d'autre de la frontière, généralement de taille équivalente. Des initiatives, voire du militantisme individuel sont essentiellement à l'origine de ces coopérations transfrontalières. Parmi d'autres champs de coopération (cancérologie, dialyse, équipement diagnostique, partage d'expertise), la prise en charge des toxicomanes est une pratique suscitant un intérêt de la part des établissements hospitaliers français transfrontaliers [196].

Le bilan réalisé par la mission opérationnelle transfrontalière en 2001, notait que les établissements hospitaliers situés à proximité des frontières belge, luxembourgeoise et allemande, étaient beaucoup plus actifs dans ce type de démarche que ceux localisés aux frontières sud de la France.

Ainsi, le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes de Besançon (département du Doubs, région Franche Comté, à l'est de la France) et la Fondation pour la prévention et le traitement de la toxicomanie de Neuchâtel (Suisse), avaient à la date du bilan réalisé par la Mission opérationnelle transfrontalière (2001) passé un accord incluant la primoprescription pendant 3 mois de méthadone à des usagers de drogues du Haut-Doubs par deux centres suisses et le relai par un centre français. De la même façon, le centre hospitalier de Sarreguemines en Lorraine et le centre de méthadone de Sarrebruck en Allemagne, près du carrefour franco-germano-luxembourgeois, avaient alors déjà établi des liens pour assurer une meilleure prise en charge de patients pharmacodépendants français ou allemands de la région [196].

12.5.3. Les coopérations inter associatives

C'est davantage concernant la prévention et la réduction des risques que se construisent autour des frontières des partenariats entre associations ou des réseaux de professionnels cherchant à s'adapter aux pratiques des usagers.

Par exemple, cinq organismes intervenant dans cinq régions européennes (Wallonie, Luxembourg, Rhénanie-Palatinat, Sarre et Lorraine) se sont associés dans le cadre d'un projet transfrontalier de prévention des addictions en milieu scolaire et festif. Pour la Lorraine, région

française, il s'agit d'accompagner les quelques milliers de jeunes lorrains qui vont passer la soirée du samedi dans des discothèques et des fêtes luxembourgeoises ou sarroise.

De même, les associations françaises de réduction des risques, Spiritek, Techno + et le Cèdre bleu, participent au dispositif de RDR général coordonné par l'association belge Modus Vivendi lors du festival de Dour en Belgique [202].

Par ailleurs, dans le cadre de leur politique de réduction des risques sanitaires et sociaux, l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg ont autorisé et agréé des structures gérant des locaux d'injection de drogues sous contrôle médical, souvent intégrés à des foyers d'accueil d'urgence pour toxicomanes. C'est ainsi que la population de Moselle-Est, qui le souhaite, dispose à 10 ou 20 kms d'une salle d'injection à Sarrebruck gérée par le Drogenhilfzentrum (DHZ). Celle de Longwy ou de Thionville peut avoir accès à des équipements similaires ouverts tout récemment, en 2005, à Luxembourg-Ville (le Fixerstuff) ou à Esch-sur-Alzette.

Encadré 2 : Usagers français cherchent salle d'injection

L'exemple de la plus ancienne de ces structures, le DHZ de Sarrebruck, est intéressant pour comprendre, l'impact transfrontalier de ces salles d'injection. La capitale de la région sarroise accueille journalièrement de nombreux Français de Moselle-Est, qui y viennent pour travailler, pour faire des achats ou pour consommer des loisirs. Au-delà de cette activité économique traditionnelle dans les régions transfrontalières de ce type, Sarrebruck est aussi une destination quotidienne ou hebdomadaire de nombreux toxicomanes de Moselle-Est qui y trouvent, outre un accès propice aux produits dont ils ressentent le besoin, les services offerts par le DHZ installé en centre ville.

Le DHZ est un établissement d'accueil et de soins comportant une structure bas seuil, comme il en existe en France, avec du personnel médical et social pour l'accueil et l'accompagnement des usagers, des possibilités d'hébergement et des outils mis en œuvre dans le cadre d'une politique d'échange de seringues comme on en connaît en Lorraine. Mais le DHZ met également à la disposition des toxicomanes une douzaine de places équipées pour la pratique sans risque de l'injection de drogues.

Selon les données fournies par le DHZ, 20 % des usagers de ce dispositif seraient des Français attirés par le centre pour y acheter de la drogue, qui se vend au marché noir aux alentours du DHZ, et la consommer sur place. Officiellement, le public français ne devrait pas avoir accès au DHZ, qui est réservé aux personnes de nationalité allemande. Pour autant, les autorités de la région et de la ville de Sarrebruck tolèrent leur présence, compte tenu notamment du rôle de capitale régionale transfrontalière que brigue cette cité. Il n'en demeure pas moins que cet accueil toléré trouve rapidement des limites dans la mesure où les usagers français ne peuvent pas intégrer, par la suite, les dispositifs officiels allemands de soins aux toxicomanes ou de traitement par substitution. Aux services offerts par le DHZ, il faut aujourd'hui ajouter l'intention affichée des autorités sarroises de légaliser prochainement la distribution d'héroïne sous contrôle médical. Si ce projet se réalise, la donne transfrontalière de l'usage de drogues se trouvera encore davantage complexifiée.

Au sud, le pays basque constitue également un territoire transfrontalier ou s'est constitué le programme transfrontalier de réduction des risques à l'usage de drogues au pays Basque Nord et Sud entre le CSAPA BIZIA de Bayonne (français) et l'association Munduko MediKuak. Une

salle d'injection a été créée à Bilbao en 2003, partiellement financée par des Fond européens INTERREG obtenus grâce à ce programme partenarial.

12.6. Conclusion

Le tableau dressé ici des pratiques transfrontalières d'usage de drogues et de consommation de soins liés à cet usage reste fortement impressionniste. Ce fait tient à la fois à l'absence de mesure quantitative des phénomènes, mais aussi à l'existence de champs très peu documentés dans la littérature scientifique et dans la littérature grise française. L'utilisation des salles d'injection extra-frontalières par les français est par exemple peu documentée ; les données évoquant l'organisation de filières de soins transfrontalières par accord entre des structures de soins de part et d'autre des frontières, qui ont été utilisées ici, sont déjà anciennes ; En l'absence de site du réseau d'observation TREND de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies dans ces zones, on trouve peu ou pas de données, même qualitatives, concernant les frontières avec la Suisse, l'Italie et avec la partie ouest de la frontière avec l'Espagne.

L'élément marquant, vu du côté français, reste la dissymétrie importante des « échanges » dans le champ des drogues entre la France et ses voisins : qu'il s'agisse de consommer ou de se procurer des produits, de faire la fête ou de chercher des soins, les déplacements se font essentiellement de la France vers l'étranger.

Partie C. Bibliographie

Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

1. BEN LAKHDAR, C., Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. 2007, OFDT: St Denis. p. 21.
2. HCSP, Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, propositions, Collection Avis et rapports, avril 2010. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000219/0000.pdf>. 2010.
3. Grünfeld, J.P., Rapport au Président de la République, Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 du 14 février 2009, <http://www.e-cancer.fr> 2009.
4. Vaillant, D., D. Raimbourg, and A. Lepetit, Rapport du groupe de travail parlementaire de députés SRC : Légalisation contrôlée du cannabis. 2011, Assemblée nationale: Paris.
5. KOPP, P. and C. PALLE, Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts. 1998, OFDT: Paris. p. 80 p.
6. KOPP, P. and P. FENOGLIO, Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. 2000, OFDT: Paris. p. 277 p.
7. Kopp, P. and P. Fenoglio, Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003 (Réactualisation du rapport OFDT, mai 1998). 2006(Rapport): p. 57 p.
8. Adès, J.E. and M. Gandilhon, Le cannabis dans le débat public et médiatique, in Cannabis, données essentielles, J.M. Costes, Editor. 2007, OFDT: St Denis. p. 161-167.
9. HBSC, Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey. 2008: Copenhagen. p. 206 p.
10. ESPAD, The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. 2009: Stockholm. p. 408 p.
11. Parquet, P., Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Dossiers techniques ed. Éducation pour la santé pour mieux vivre. 1997, Vanves: CFES. 107.
12. DESCO-MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire, ed. C. repères. 2006, Paris: CNDP. 125.
13. DGESCO-MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire, ed. R.v. scolaire. 2010, Paris: CNDP. 109.

14. Bantuelle, M. and R. Demeulemeester, eds. Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. 2008, INPES: Paris. 132.
15. LEGLEYE, S., et al., Usages de drogues des étudiants, chômeurs et actifs de 18-25 ans. Tendances, 2008(62): p. 1-4.
16. ASDO, Evaluation qualitative des REAAP. 2009. p. 74.
17. Vaissade, L. and S. Legleye, Capture-recapture estimates of the local prevalence of problem drug use in six French cities. European Journal of Public Health, 2009. 19(1): p. 32-7.
18. BECK, F., et al., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. Tendances, 2011(76).
19. CADET-TAIROU, A. and D. CHOLLEY, Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français. 2004, OFDT: St Denis. p. 120 p.
20. COSTES, J.-M., "une estimation de prévalence", in Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1995. 1995, OFDT: Paris. p. 44-45.
21. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1999. 1999, Paris: OFDT. 271.
22. BELLO, P.Y., Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie : rapport final. 1998, OFDT: Paris. p. 104 p.
23. CHEVALLIER, E., Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse. 2001, OFDT: Paris. p. 112 p.
24. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002. 2002, Paris: OFDT. 368.
25. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues, chiffres clés. 2009, OFDT: St Denis. p. 6 p.
26. CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009, N.é.d.r.n.d.d. TREND., Editor. 2010, OFDT: St Denis, . p. 281.
27. Cadet-Taïrou, A., A. Coquelin, and A. Toufik, Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis.
28. CADET-TAÏROU, A., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. 2008, OFDT: St-Denis. p. 189.
29. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. 2006, Ministère de la Santé et des Solidarités: Paris. p. 19.
30. MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. 2008, La Documentation française: Paris. p. 111.

31. Toufik, A., et al., Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD. Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. 2008: p. 48.
32. CANARELLI, T. and A. COQUELIN, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007. Tendances, 2009(65): p. 1-6.
33. CADET-TAIROU, A., et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. 2010, OFDT: St Denis. p. 281.
34. Afssaps-CEIP, OPPIDUM, RESULTATS DE L'ENQUETE 21 2009.
35. OBRADOVIC, I. and T. CANARELLI, Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Tendances, 2008(60): p. 1-4.
36. PALLE, C. and L. VAISSADE, Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances, 2007(54): p. 1-6.
37. JAUFFRET-ROUSTIDE, M., et al., Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2006(33): p. 244-247.
38. Bello, P.Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND. 2004, OFDT: Saint Denis. p. 271 p.
39. BELLO, P.-Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. 2005, OFDT: St Denis. p. 176.
40. Janssen, E., Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009. 57(2): p. 126-129.
41. Lecomte, D., et al., Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 1994. 35: p. 159-161.
42. Lepère, B., et al., Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments. Annales de Médecine Interne, 2001. 152 (suppl. n°3): p. 1S5-1S12.
43. Rahis, A.C., A. Cadet-Taïrou, and J.M. Delile, Les nouveaux visages de la marginalité, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, , in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999, OFDT, Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 26-37.
44. Sudérie, G., M. Monzel, and E. Hoareau, Evolution de la scène techno et des usages en son sein, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999, OFDT, Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 84-93.
45. Fournier, S. and S. Escots, Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais 2010: Saint-Denis.

46. BELLO, P.-Y., Cadet-Taïrou, A., Halfen, S.,, L'état de santé des usagers problématiques” in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 38-50.
47. Lahaie E., C.-T.A., The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National, Alert Unit in France, , in EMCDDA Conference: Identifying Europe Information needs for Effective Drug policy, Poster, Editor. 2009: Lisbon.
48. CADET-TAÏROU, A., et al., Huitième rapport national du dispositif TREND. Tendances, 2008(58): p. 1-4.
49. GAUTIER, A., et al., , Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. 2005, INPES: Saint-Denis. p. 271.
50. GAUTIER, A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. Baromètres santé. 2011, St Denis: Inpes. 261.
51. DUPLESSY-GARSON C., Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. . 2007, Association Safe.
52. CHALUMEAU, M., LES CAARUD EN 2008, ANALYSE NATIONALE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ ASA-CAARUD. 2010, OFDT: St. Denis. p. 21.
53. REYNAUD-MAURUPT, C., et al., Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". 2007, OFDT: St Denis. p. 143 p.
54. COSTES, J.-M., et al., Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. 2009, OFDT: St Denis. p. 29.
55. Jauffret-Roustide, M., et al.,, A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious diseases, 2009. 9(113).
56. Brouard, C., et al., Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des système de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 200-2007. Surveillance et traitement des hépatites B et C en France : bilan et perspectives). BEH, 2009(20-21): p. 199-204.
57. SANSFACON, D., et al., Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale. 2005, OFDT: St Denis. p. 456 p.
58. Toufik, A., et al., Première enquête nationale sur les usagers des caarud. Profil et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête Ena-Caarud. Tendances, 2008. 61: p. 4.
59. Cadet-Tairou, A.M.G. and et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. 2010: p. 281.
60. OFDT, Système d'observation RECAP (reccueil de données continu sur les personnes en traitement pour usage problématique de drogues). 2009.
61. Maguet, O. and Calderon C., Insertion par l'emploi des usagers de drogues, in Territoires en réseaux. 2010, Drogues et Société. p. 56.

62. Observatoire International des Prisons, Rapport annuel. Les conditions de détention en France. 2005: Paris. p. 285.
63. BARRE, M.C., M.L. POTTIER, and S. DELAITRE, Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. 2001, OFDT: Paris. p. 192 p.
64. JOUBERT M. et al, Trafics de drogues et Modes de vie, ENSP, (<http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/ShowA.bs?bqRef=117880>). 1995(N°4 p:1-29).
65. Mouquet et al, La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats, 2005.
66. Rotily, M., Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. , . 2000, ORS PACA. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice: Paris.
67. Stankoff, S. and J. Dherot, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. . 2000, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé: Paris.
68. Mouquet et al, La santé des entrants en prison: un cumul de factures de risque. DRESS Etudes et Résultats, 1999. 4(10).
69. Mouquet, M.-C., La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et résultats, 2005(N° 386).
70. DREES, Enquête sur la santé des entrants, in Etudes et résultats. 2005. p. 12.
71. OBRADOVIC, I. and T. CANARELLI, Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. 2008, OFDT: St Denis. p. 80.
72. Ocrtis, Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. 2009.
73. Ministère de la Justice, Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2010. 2010: DAP/Ministère de la Justice.
74. Timbart, O., 20 ans de condamnations pour crimes et délits. Infostat Justice, 2011(n° 114).
75. Ministère de l'Intérieur (sous-direction de la statistique, d.é.e.d.i.d.), Bilan du comportement des usagers de la route, année. 2006. p. 77 p.
76. Obradovic, I., La réponse pénale à l'usage de stupéfiants, OFDT. Tendances, 2010(n° 72).
77. OBRADOVIC, I., Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2009(30): p. 332-336.
78. Rouillon, F., et al., Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004. 2007: Inserm.
79. Mouquet and et al., La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats, 2005.

80. Michel, L., et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2011(n° 39/2011).
81. Ben Diane, M.-K., M. Rotily, and C. Delorme, Vulnérabilité de la population carcérale française face à l'infection VIH et aux hépatites, in Précarisation, risque et santé, C.P. Joubert M, Facy F, Ringa V., Editor. 2001, Inserm: Paris. p. pp. 437-449.
82. Rotily, M., L'usage de drogues en milieu carcéral, in Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1999, J.-M. Costes, Editor. 1999, OFDT: Saint-Denis.
83. Jean, J.P., Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison, rapport du groupe de travail constitué à la demande du Garde des Sceaux, présidé par Jean-Paul Jean, magistrat et inspecteur des services judiciaires. 1996: Paris.
84. Richard, D., J.L. Senon, and M. Valleur, Dictionnaire des drogues et des dépendances. 2004, Paris: Larousse. 626 p.
85. Gandilhon, M. and E. Hoareau, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 124-126.
86. Khosrokhavar, F., L'islam dans les prisons. 2004, Paris: Editions Balland.
87. Gentilini, M., Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994. Rapport au garde des Sceaux et au secrétaire d'Etat à la Santé. 1996. p. p. 79.
88. Crofts, N., Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug Alcohol Review, 1994(13(3)): p. 235-237.
89. Michel, L., et al., Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health, 2011.
90. Delfraissy, J.-F., Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts J.-F. Delfraissy, Editor. 2002, Flammarion: Paris.
91. Morfini, H. and Y. Feuillerat, Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. 2001/2004, Ministère de la Santé.
92. Michel, L. and O. Maguet, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, ed. Inserm. 2010: INSERM, expertise collective.
93. Michel, L. and O. Maguet, L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la commission nationale consultative des traitements de substitution. 2003.
94. Rotily, M., et al., HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users. Presse Med 29, 2000. 28: p. 1549-1556.

95. Levasseur, L., et al., Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire. *Annales de Médecine Interne* . 2002. 153 (Suppl 3): p. 1S14-11S19.
96. Jauffret-Roustide, M. and et al., A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious diseases*, 2009. 9(113).
97. Obradovic, I. and T. Canarelli, Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. 2008, Saint-Denis: OFDT. 79 p.
98. Maremmani, I. and et al., Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *Journal of Addictive Diseases*, 2000. vol. 19(2): p. 29-41.
99. Leavitt, S.B., et al., When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2000. vol. 67(n° 5 & 6): p. 404-411.
100. Michel, L., Addiction aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2006. vol. 164(3): p. 247-254.
101. OMS (WHO), Effectiveness of sterile and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action. Technical papers. 2005: World Health Organization.
102. Hagan, H. and et al., Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology*, 2003(14): p. 628-629.
103. Bello, P.-Y., et al., Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective. 2010, Paris: Inserm.
104. Rotily, M., Stratégies de réductions des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral. Prévalence des pratiques : synthèse, in Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral, S. Stankoff and J. Dherot, Editors. 2000, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé.
105. Harding-Pink, D., Mortality following release from prison. *Med. Sci. Law*, 1990. Vol. 30(n° 1).
106. Seaman, S.-R., R.-P. Brettle, and S. Gore, Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 1998. 316: p. 426-428.
107. Marzo, J.N., et al., Maintenance therapy and 3-year outcomes of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-2006). *Addiction*, 2009. 104: p. 1233-1240.
108. CADET-TAIROU, A., A. COQUELIN, and A. TOUFIK, CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. *Tendances*, 2010(74).

109. REYNAUD-MAURUPT, C., Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. 2006, OFDT: St Denis. p. 160 p.
110. TOUFIK, A., S. Legleye, and M. Gandilhon, Approvisionnement et prix in Cannabis, données essentielles, J.-M. Costes, Editor. 2007, OFDT: St Denis. p. 66-72.
111. WEINBERGER, D., Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? Drogues, enjeux internationaux, 2011(1).
112. Ben Lakhdar, C., Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. 2007: p. 21.
113. OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. 2009, Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire.
114. TOUFIK, A., S. ESCOTS, and C.-T. A., La transformation des usages de drogues liées à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 10-25.
115. MERLE S and VALLART M, Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 62-72.
116. GIRARD G and BOSCHER G, L'ecstasy, de l'engouement à la 'ringardisation' in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 96-105.
117. Institut National de Police Scientifique, Statistiques 2009. 2010. p. 41.
118. Ocrtis, Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010. 2011, Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire.
119. SINTES, Composition de l'héroïne et connaissance des usagers - Résultats de l'enquête SINTES Observation (mars 2007 à juin 2008). 2010, OFDT: Saint Denis. p. 36 pages.
120. Ocrtis, Trafic et usages des produits stupéfiants en France en 2010. 2011, Ocrtis: Paris.
121. LAHAIE, E., Enquête 2009 SINTES sur la composition des produits de synthèse. 2011, OFDT: Saint Denis. p. 48 pages.
122. Chauvenet, A., C. Faugeron, and P. Combessie, Approches de la prison. 1996, Bruxelles: De Boeck-Université/Montréal, Presses de l'Université de Montréal/Ottawa.
123. Observatoire international des prisons, Prisons : état des lieux. 2000, Paris: L'Esprit frappeur.
124. Observatoire international des prisons, Les conditions de détention en France. Rapport 2005. 2005, Paris: La Découverte. 285 p.
125. Combessie, P., Sociologie de la prison. 2004, Paris: La Découverte.

126. Chantraine, G. and P. Mary, Introduction. Mutations pénales, nouvelles perspectives d'analyse. *Déviance et société*, 2006. 30(2006/3): p. 267-271.
127. Bouhnik, P. and S. Touzé, *Héroïne, sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. 1996, Paris: RESSCOM, ANRS.
128. Fernandez, F., *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. 2010, Bruxelles: Larcier.
129. *Revue française des affaires sociales, La santé en prison : un enjeu de santé publique. Revue française des affaires sociales (RFAS)*, 1997(numéro spécial).
130. Haut comité de la santé publique (HCSP), *La santé en prison. Actualité dossier santé publique (adsp)*, 2004(n° 44).
131. Lebeau, B., *La réduction des risques et l'esprit des lois. Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 1997(4).
132. Michel, L., P. Carrieri, and A. Wodak, Preventive measures and equity of access to care for French prison inmates: still limited knowledge, but urgent need for action. *Harm Reduction Journal*, 2008(5:17).
133. Hyst, J.-J. and G.-P. Cabanel, *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. 2000, Sénat.
134. Ministère de la Justice, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*. 2011: DAP/Ministère de la Justice.
135. Tournier, P.-V., *L'état des prisons françaises. Pouvoirs*, 2010. 2010/4(n° 135): p. 93-108.
136. Kensey, A., *Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques (Direction de l'administration pénitentiaire)*, 2010(n° 35).
137. Aebi, M. and N. Delgrande, *Annual penal statistics SPACE 1 Survey 2008*. 2010a, Strasbourg: Conseil de l'Europe.
138. Tournier, P.-V., *Prisons d'Europe, inflation carcérale et surpeuplement*. 2002, Paris: CESDIP.
139. Portelli, S., *Les alternatives à la prison. Pouvoirs*, 2010. 4(n° 135): p. 15-28.
140. Aebi, M. and N. Delgrande, *Annual penal statistics SPACE 2. Non-custodial sanctions and measures served in 2007*. 2010b, Strasbourg: Conseil de l'Europe.
141. Bérard, J. and G. Chantraine, *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*. 2008, Paris.
142. Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France. Rapport 2003*. 2003, Paris: La Découverte.
143. Vasseur, V., *Médecin-chef à la prison de la Santé*. 2000, Paris: Le Cherche Midi éditeur.

144. Décarpes, P., Topologie d'une prison médiatique. Champ pénal, Nouvelle revue internationale de criminologie, 2004. vol. 1.
145. Mermaz, L. and J. Floch, Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises. Tome I : rapport. Tome II : auditions. 2000, Assemblée nationale.
146. Lecerf, J.-R., L'administration pénitentiaire face au risque suicidaire. Avis n° 104 (2008-2009) fait au nom de la commission des lois, déposé le 20 novembre 2008 sur le projet de loi des finances 2009. 2009, Sénat.
147. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Rapport d'activité 2010. 2011, Paris: Dalloz.
148. Danet, J., Cinq ans de frénésie pénale, in La frénésie sécuritaire, L. Mucchielli, Editor. 2008, La Découverte: Paris. p. pp. 19-29.
149. Insee, L'histoire familiale des hommes détenus. Synthèse, 2002(n° 59).
150. Pauly, V., et al., Evaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). L'Encéphale, 2010(n° 36): p. 15-28.
151. social, C.é.e., Les conditions de la réinsertion socio-professionnelle des détenus en France. Rapport présenté par Decisier D. Journal officiel, 2005.
152. Mouquet and et al., La santé des entrants en prison: un cumul de factures de risque. DRESS Etudes et Résultats, 1999. 4(10).
153. Marchetti, A.-M., La France incarcérée. Etudes, 2001. Tome 395(9): p. 177-185.
154. Coldefy, M., P. Faure, and N. Pietro, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. DREES, Etudes et résultats, 2002(181).
155. Bessin, M. and M.-H. Lechien, Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison. 2000, Centre de sociologie européenne, EHESS: Paris.
156. Institut national de veille sanitaire (InVS), Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS), and Centre technique d'appui et de formation des centre d'examens de santé (CTAFCES), Estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. 2005, Saint-Maurice: InVS. 14 p.
157. Sanchez, G., Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du sida, 2006(n° 185): p. 9-12.
158. Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. 1993, Ecole nationale de la santé publique: Rennes.

159. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001). 2000, Paris: Documentation française. 226 p.
160. Stankoff, S. and J. Dherot, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. 2000.
161. Obradovic, I., Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003. 2004. 2-11-094940-6: p. 100 p.
162. Prudhomme, J., M.K. Ben Diane, and M. Rotily, Evaluation des unités pour sortants (UPS). 2001: p. 117 p.
163. Prudhomme, J., P. Verger, and M. Rotily, Fresnes - Mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS). 2003, Saint-Denis: OFDT.
164. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008. 2004, Paris: La Documentation française. 76 p.
165. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. 2008, Paris: La Documentation française.
166. Ministère de la Santé et des Sports and Ministère de la Justice et des libertés, Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. 2010: Ministère de la Santé et des Sports/Ministère de la Justice et des libertés,.
167. Coppel, A., Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. 2002, Paris: La Découverte.
168. Bergeron, H., L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française. 1999, Paris: PUF. 370 p.
169. Crofts, N., Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug Alcohol Review, 1994(13(3)): p. 235-237.
170. Conseil national du sida (CNS), Note valant avis l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires, 10 septembre 2009. 2009.
171. Pradier, P., La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives. 1999, Paris: Administration pénitentiaire.
172. Kanoui-Mebazaa, V. and M.-A. Valantin, La santé en prison. Les tribunes de la santé, 2007. 2007/4(17): p. 97-103.
173. Kensey, A. and L. Cirba, Les toxicomanes incarcérés. 1989, Paris: Ministère de la Justice-Direction de l'administration pénitentiaire.
174. Rotily, M., Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. 2000.

175. Rotily, M., L'infection à VIH en milieu carcéral. 1997, ORS: Marseille.
176. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. 2004: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).
177. ORS PACA, Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final. 1998, ORS PACA.
178. sida, C.n.d., Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, 20 janvier 2011. 2011.
179. Commission consultative des droits de l'homme (CNCDH), Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues. Propositions. Résolution adoptée par l'Assemblée plénière le 19 janvier 2006. 2006.
180. Verger, P., et al., High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *Journal of Forensic Science*, 2003. vol. 48(n° 3).
181. DRASS Ile-de-France (DRASSIF), VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Etat des lieux et propositions, septembre 2007. 2007.
182. Inspection général des affaires sociales (IGAS) and Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. 2001: La Documentation française.
183. Caumon, M.-J., et al., L'accès à la méthadone en France. Rapport réalisé à la demande du ministre de la Santé. 2002.
184. Cour des comptes, Rapport public annuel 2010. 2010.
185. Haute autorité de santé (HAS), Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique. 2009.
186. Yeni, P., et al., Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, ed. P. Yeni. 2008, Paris: Flammarion.
187. Darke, S., S. Kaye, and R. Finlay-Jones, Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, 1998(93(8)): p. 1169-1175.
188. OMS, ONUDC, and ONUSIDA, Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Décontamination Strategies. 2007.
189. Michel, L. and O. Maguet, Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. *L'Encéphale*, 2005. 31(cahier 1): p. 92-97.
190. Lechien, M.-H., L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001(n° 136-137).
191. Brillet, E., La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. *Archives de la police criminelle*, 2009. 2009/1(31): p. 107-143.

192. Bonnevie, M.-C. and M. Wcislo, Enquête "un jour donné" en milieu pénitentiaire sur l'infection par le VIH. Principaux résultats année 1996. 1996, Paris: ministère de la Justice, ministère du Travail et des Affaires sociales.
193. Facy, F., et al., Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie : enquête épidémiologique 1994. 1995: p. 44 p.
194. De Bruyn, F. and J.-C. Cagnet, Usage et trafic de produits stupéfiants des personnes prises en charge par l'Administration pénitentiaire, in La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), A. Bauer, Editor. 2010, CNRS: Paris.
195. PLANCKE, L. and Y. SCHLERET, Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le Nord et l'Est de la France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus à travers le dispositif TREND, COSTES JM (Dir), Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 137-145.
196. MISSION OPERATIONNELLE TRANSFRONTALIERE, Etat des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire. 2001, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique: RENNES.
197. TUTELEERS P and P. HEBBERECHT, Drug related cross-border trafic patterns. 1998, European forum for urban safety. p. 84.
198. OFDT, Les consommations transfrontalières, in Tendances récentes, rapport TREND. 2000: PARIS. p. 61-65.
199. SUDERIE, G., Phénomènes transfrontaliers concernant l'usage et l'achat de drogues et l'usage de dispositifs de soins ou de réduction des risques ; Contribution du Pôle TREND de Toulouse, Note à l'OFDT, Editor. 2011: Toulouse.
200. GANDILHON, M., Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances, 2007. 53: p. 4.
201. FOURNIER, S. and S. ESCOTS, eds. Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais. ed. OFDT. 2010: Saint-Denis.
202. PLANCKE, L., S. LOSE, and S. WALLART, Usages de drogues sur le site de Lille en 2010. Etat des lieux et endances récentes 2011, Le Cèdre Bleu / OFDT. p. 103.
203. JEANMART, C., Des usagers, des drogues et des familles. Analyse de trajectoire de recours en territoires transfrontaliers franco-belge. 2005, CNRS-Clersé-IFRESI: Lille.
204. TOUFIK, A., S. ESCOTS, and A. CADET-TAIROU, La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 10-25.
205. GANDILHON, M. and E. HOAREAU, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
206. MADESCLAIRE, T., Première et deuxième notes de synthèse sur les consommations de substances psychoactives en contextes gais parisiens - observations ethnographiques. 2010, non publié, Association Charonne / OFDT: Paris.

207. SUDERIE, G., M. MONZEL, and E. HOAREAU, Evolution de la scène techno et des usages en son sein, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
208. CADET-TAIROU, A., et al., Drogues et usages de drogues en France ; état des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 280.
209. URIELY, N. and Y. BELHASSEN, Drugs and risk-taking in tourism. Annals of Tourism Research, 2006. 33(2): p. 339-359.
210. SCHLERET, Y., M. MONZEL, and O. ROMAIN, Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010, Tendances récentes sur le site de Metz. 2011, CMSEA / ORSAS/ OFDT: Metz.
211. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2007. 2006, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
212. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2006. 2007, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
213. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2007. 2008, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
214. RAHIS, A., A. CHARMETANT, and J. DELILE, Bordeaux, rapport TREND 2010. 2011, CEID / OFDT: Bordeaux.
215. PANUNZI-ROGER, N. and B. CASTEL, Les soins de toxicomanie en zone frontalière : situation dans le Hainaut et le département du Nord. Psychotropes, 2002 à vérifier. 7(3-4): p. 102-125.
216. JEANMART, C., Médecins généralistes et usagers de drogues. Pour une analyse des pratiques en territoire transfrontalier franco-belge. 2006-2007, ALTO-SSMG, G&T59-62, CLERSE.

Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet

BDSP. Banque de données en santé publique:

<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>.

IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons). Base de données bibliographiques:

<http://doc.ireb.com/>

OFDT. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2005:

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>.

OFDT. ILIAD - Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions:

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>.

OFDT. Répertoire des sources statistiques:

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>

OFDT. Séries statistiques:

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>

OFDT. SIMCCA. Système d'information mensuel sur les consultations cannabis:

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/simcca.html>

Liste alphabétique des adresses Internet utiles

AFR (Association française pour la réduction des risques) :

<http://a-f-r.org>

AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) :

<http://www.afssaps.fr>

ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) :

<http://www.anitea.fr>

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) :

<http://www.anpaa.asso.fr>

ASUD (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues) :

<http://www.asud.org>

CRIPS (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) :

<http://www.lecrips.net>

F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie) :

<http://www.alcoologie.org>

FNORS (Les Observatoires régionaux de la santé et leur fédération) :

<http://www.fnors.org/index.html>

Hôpital Marmottan :

<http://www.hopital-marmottan.fr>

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

<http://www.inpes.sante.fr>

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) :

<http://www.drogues.gouv.fr>

OFDT :

<http://www.ofdt.fr>

SFA (Société française d'alcoologie) :

<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Annexes

I - Liste des tableaux

Tableau 1.1 : Crédits affectés au financement des structures d'addictologie pour l'année 2010 (loi de financement de l'Assurance maladie)	35
Tableau 1.2 : Détail des projets financés en faveur des mesures de santé publique du plan 2008-2012.....	36
Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010	42
Tableau 2.2. : Niveau d'usage par produits parmi les 15-64 ans (en %)	44
Tableau 2.3 : évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel des produits parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)	44
Tableau 2.4 : Expérimentation de produits illicites ou détournés à l'âge de 15 ans (%)	46
Tableau 2.5 : Évolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2005 et 2008 à 17 ans (% et sex ratio)	47
Tableau 3.1 Usages de produits psychoactifs chez les étudiants, actifs occupés et chômeurs de 18-25 ans (%).	56
Tableau 4.1 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD) dans 6 villes françaises et taux de prévalence pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, 2005-2006.	63
Tableau 4.2 : Estimations nationales selon le protocole OEDT.....	63
Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et nombre d'usagers dans l'année de cocaïne et d'héroïne, 2010	64
Tableau 4.4 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2006	68
Tableau 4.5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008.....	71
Tableau 4.6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008	73
Tableau 5.1 : Nombre moyen de patients suivant un traitement de sevrage par CSST ambulatoire 1998-2007.....	84
Tableau 5.2 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2010.....	90
Tableau 5.3 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2010.	90

Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2010.	91
Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2010.	91
Tableau 5.6 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2010. ..	91
Tableau 5.7 : Répartition (en %) en fonction du produit primaire, 2010.	93
Tableau 5-8 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2010.	96
Tableau 5-9 : Pourcentage des patients ayant recours aux injections par produit primaire, évolution entre 2005 et 2010	97
Tableau 6.1 : Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2009 par mode de contamination (France, données au 30/06/10).	101
Tableau 6.2 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 2000-2010.	101
Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BIO PRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.	102
Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BIO PRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.	102
Tableau 6.5 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006.....	106
Tableau 6.6 : Décès par surdoses en France selon trois sources.....	109
Tableau 6.7 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2006-2008, données DRAMES	110
Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des pharmacies de ville dans la RDR entre 1999 et 2003	118
Tableau 7.2 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2003.....	119
Tableau 7.3 : Activités de prévention en milieu festif	123
Tableau 7.4 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les CAARUD et les automates en 2008.....	123
Tableau 7.5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2008.....	126
Tableau 8.1 : Précarité sociale des personnes prise en charge par les centres spécialisés en 2009.....	132

Tableau 8.2 : Nombre d'actes réalisés pour l'accès aux droits en 2008 par les CAARUD	136
Tableau 9.1 : Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2010.....	150
10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg), 2006-2009 et évolution 2008-2009 (en %).....	177
Tableau 11.1 : Évolution de la population détenue en France entière (2004-2010)	185
Tableau 11.2 : Effectifs médicaux en détention (1997-2007)	194
Tableau 11.3 : Accès aux traitements de substitution en milieu carcéral	206
Tableau 11.4 : Substitution dans les 9 CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire ayant répondu à l'enquête RECAP, 2009.....	209

II - Liste des graphiques et figures

Graphique 4-1 : Estimations étroites du nombre des usagers problématiques de drogues, synthèse.....	68
Graphique 4-2 : Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND.....	72
Graphique 5-1 : Évolution annuelle du prix du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2008.....	86
Graphique 6-1 : Évolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France.....	105
Graphique 7-1: Nombre de seringues distribuées via les automates par type d'opérateur en 2007 (d'après l'enquête SAFE, 2007 et ASA-CAARUD/OFDT, 2007).....	120
Graphique 7-2 : Évolution du nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie aux usagers de drogues.....	124
Graphique 7-3 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC.....	125
Graphique 9-1 : Infractions à la législation sur les stupéfiants (1971 – 2010).....	149
Graphique 9-2 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2008.....	154
Graphique 9-3 : répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées contre les contrevenants à la loi sur les stupéfiants, 1996-2008.....	156
Carte 12-14 : Déplacements transfrontaliers liés aux usages de drogues.....	226

III - Liste des cartes

Carte 2-1 : Usage régulier (≥ 10 fois au cours des 30 derniers jours) de cannabis à 17 ans....	48
Carte 7-1: Répartition des ressources en personnel des CSAPA ambulatoires dans les différentes régions françaises en 2008 (anciens CCAA non inclus)	120
Carte 12-14 : Déplacements transfrontaliers liés aux usages de drogues.....	226

IV - Liste des références légales en français

Lois

Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1012703A).	24
Arrêté du 11 mars 2011 portant nomination à l'observatoire des jeux (NOR : BCRB1103934A).	24
Arrêté du 12 juin 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (NOR :SASP0913395A).....	25
Arrêté du 12 octobre 2010 fixant la durée de prescription des médicaments contenant du clonazépam administrés par voie orale (NOR: SASP1026222A).	25
arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (SANG9502738A).....	41
Arrêté du 25 janvier 2010 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR : SASP1002251A).....	25
Arrêté du 25 janvier 2010 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de fentanyl (NOR : SASP1002259A).	25
Arrêté du 25 juin 2010 fixant la liste des substances et méthodes dont la détention par le sportif est interdite en application de l'article L. 232-26 du code du sport (NOR: SASV1017161A)...	26
Arrêté du 25 juin 2010 fixant la liste des substances et méthodes nécessitant pour leur utilisation ou leur détention par le sportif une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques ou une déclaration d'usage (NOR : SASV1017154A).	26
Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence (NOR : SASP0908446A)	27
Arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères (NOR : ETSP1117877A).....	25
Arrêté du 7 janvier 2011 portant organisation du service à compétence nationale TRACFIN (NOR: EFIP1027335A)	27
Arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1014839A).	24
Arrêté du 7 mars 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. (NOR : ETSP 1106697A).....	25

Arrêté du 7 septembre 2010 portant agrément des règles professionnelles relatives aux obligations des professionnels de l'expertise comptable pour la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme (NOR : ECET1023254A).....	27
Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (NOR: SASP1007832A).....	14, 28
Arrêté du 8 juin 2010 relatif au contenu et modalités d'affichage du message d'information relatif à la procédure d'inscription sur le fichier des interdits de jeu (NOR : BCRB 1015075A).....	23
Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) (NOR : SASP1026545A).....	27
Arrêté n° 17 du 18 janvier 2011 approuvant la reconduction du groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service »	28
Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006.	18
Circulaire d'application du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière (NOR : IOCD1108865C).....	16
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.....	164
circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.	164
Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.	165
Circulaire DGS/PGE/1C n° 85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place du dispositif de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).	13
Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.....	18
Circulaire du 22 décembre 2010 relative à la présentation des dispositions spécifiques de la loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à permettre l'exécution transfrontalière des confiscations en matière pénale (articles 694-10 à 694-13 et 713 à 713-41 du code de procédure pénale) (NOR : JUSD1033289C).....	21
Circulaire du 28 mars 2011 d'application de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière (NOR : IOCD1108865C).....	22

Circulaire du 28 mars 2011 d'application de la LOPPSI en ce qui concerne la prévention de la délinquance (NOR : IOCD1108861C).....	22
Circulaire du 3 février 2011 relative à la présentation de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) et de ses missions (NOR : JUSD1103707C).....	41
Circulaire du 3 février 2011 relative à la présentation de l'AGRASC et de ses missions (NOR : JUSD1103707C).....	21
Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées (NOR : JUSKO640033C).....	40
Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/DGS n° 2010-330 du 23 septembre 2010 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2010 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, appartement de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et lits d'accueil médicalisé (LAM) (NOR : MTSA1023248C).....	36
Circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie (NOR : INTK 9300009C).....	36
Circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.....	118
Circulaire n°DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé (NOR : SASH1014428C).....	40
Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR : SJSP0830130C.....	115
Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR: SJSP0830130C.....	86
Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. NOR : SJSH0830983C.....	86
Décret du 26 septembre 2007 et circulaire du 9 mai 2008.....	15
Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant).....	126
Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, NOR:SANX0609703D.....	56
Décret n° 2011-134 du 1er février 2011 relatif à l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (NOR: JUSD1025713D).....	21

Décret n° 2011-28 du 7 janvier 2011 relatif à l'organisation et aux modalités de fonctionnement du service à compétence nationale TRACFIN (NOR: EFIP1027334D). Version consolidée au 09 janvier 2011.	27
Décret n° 2011-57 du 13 janvier 2011 relatif aux contrôles en matière de lutte contre le dopage (NOR : SPOV1017553D).	26
Décret n° 2011-58 du 13 janvier 2011 relatif aux sanctions en matière de lutte contre le dopage (NOR : SPOV1017568D).	26
Décret n° 2011-59 du 13 janvier 2011 portant diverses dispositions relatives à la lutte contre le dopage (NOR: SPOV1028918D). Version consolidée au 16 janvier 2011.....	26
Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 portant création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.	195
Décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.	19
Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.	19
Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (BUDB9560005D).....	41
Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation, NOR: MENE0601554D.....	54
Décret n°2009-93 du 26 janvier 2009 portant publication de l'amendement à l'annexe de la convention contre le dopage, adopté le 13 novembre 2008 à Strasbourg, et à l'annexe 1 de la convention internationale contre le dopage dans le sport, adopté le 17 novembre 2008 à Paris (NOR : MAEJ0901116D).....	26
Décret n°2010-509 du 18 mai 2010 relatif aux obligations imposées aux opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne en vue du contrôle des données de jeux par l'Autorité de régulation des jeux en ligne (NOR : BCRB1012570D).....	23
Décret n°2010-623 du 8 juin 2010 fixant les obligations d'information des opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne pour la prévention des risques liés à la pratique du jeu et modifiant le décret n°2010-518 du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne (NOR : BCRB1013829D).....	23
Décret n°2010-624 du 8 juin 2010 relatif à la réglementation des communications commerciales en faveur des opérateurs des jeux d'argent et de hasard ainsi qu'à l'information des joueurs quant aux risques liés à la pratique du jeu (NOR : BCRB1013925D).	23
Décret n°2011-252 du 9 mars 2011 relatif au comité consultatif des jeux (NOR : BCRB1102248D).....	24

Décret no 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical, NOR : INTD0200114D.....	62
Décrets n° 87-328 du 13 mai 1987 et n° 88-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972	19
Loi de programmation de la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.....	55
Loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants.....	156
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique.	164
Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297.et circulaire CRIM 08-11/G409.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances du 9 mai 2008 (NOR JUS D0811637 C.....	55
Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (NOR: JUSX0814219L).....	196
Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010 (NOR: BCFX0921637L). Version consolidée au 01 janvier 2011.	35
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L	62
Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 (NOR: BCRX1023155L) Version consolidée au 01 janvier 2011.	35
Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne (NOR BCFX0904879L).....	22
Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR: JUSX0912931L).	17, 41
Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR: IOCX0903274L).....	16, 22
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.....	194
Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, art. 72.....	14
Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, NOR: SANX0600056L. ..	62
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	14
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).....	31

Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR : JUSX0912931L).	21
loi n°74-631 du 5 juillet 1974 interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans,	56
Ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959	56

V - Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
AGRASC	l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANITeA	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	l'Agence des systèmes d'information partagés
ASUD	Association d'autosupport des usagers de drogues
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociales précoces
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté

CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte antidrogues
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CPT	Comité de prévention de la torture
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)

DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPT	Document de politique transversale
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAISL	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IC	Intervalle de confiance
IDT	Indicateur de demande de traitement
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants

INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JDC	Journée défense et citoyenneté
JO	Journal officiel
LFI	Loi de finances initiales
LFSS	loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M€	Million(s) d'euros
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes

PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
POPHEC	Premier observatoire en prison de l'hépatite C
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RESEDA	Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête "stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière" (DGS/OFDT/INRETS)
SFA	Société française d'alcoologie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	Usager(s) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B

VI - Liste des sources

A - Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Enquête quinquennale téléphonique reposant sur un échantillon représentatif de la population vivant en France. Le premier exercice date de 1992. Elle porte sur les consommations de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illicites et sur de nombreux autres comportements ayant une influence sur la santé (consommation de soins, dépression, pratique des dépistages, geste vaccinal, activité sportive, comportements de violence, sexualité...).

Cette enquête est coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS).

B - CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) du ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire le concept d'infraction principale qui est, en principe, la plus grave (il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fourni dans le procès-verbal mais un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). C'est la notion la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

C - Enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (Coquelicot-2004)

Maître d'œuvre : Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti d'un auto prélèvement de sang capillaire sur buvard) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues, et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des prises de risques.

D - Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES)

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille.

Avec une méthode de recueil en continu, cette étude a été mise en place afin d'obtenir les données les plus exhaustives possibles sur les cas de décès survenant lors d'usage de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance.

Elle permet :

- l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes faisant un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non.
- le recueil de données quantitatives (dosages sanguins) sur les substances en cause.
- l'estimation plus précise du nombre des décès liés à la drogue en France en réduisant la sous notification de certains décès d'origine toxique, en particulier ceux survenant dans un cadre médico-légal et donc non déclarés aux autorités sanitaires pour raison de secret de l'instruction.

E - Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Université d'Edinburg pour le réseau HSBC et pour la France par le service médical de l'académie du rectorat de Toulouse. Enquête quantitative, auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine.

Elle vise à :

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales

F - Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (ENa-CAARUD)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Enquête quantitative biennale auprès des usagers accueillis/rencontrés par les Caarud.

Cette enquête a pour objectifs de :

- Disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues
- Adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté
- Suivre les tendances en matière de consommation et aider au repérage de phénomènes émergents

G - Enquête première ligne usagers de drogues (Prelud)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Cette enquête quantitative annuelle de 2000 à 2003, puis biennale ou triennale ensuite vise la connaissance et le suivi des usagers de produits psychoactifs, et de leurs pratiques.

Son champ d'observation est constitué par les usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes : structures de réduction des risques (boutiques, échanges de seringues...), structures dites « à bas seuil d'exigence », y compris structures de distribution de méthadone « bas seuil ». Il faut souligner que les personnes interrogées ne sont pas forcément représentatives des usagers fréquentant ces structures car la participation à l'enquête se fait sur la base du volontariat

H - Enquête sur la santé des entrants en prison

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (ministère de la Santé et des Solidarités)

L'enquête sur la santé des entrants en prison a été réalisée pour la première fois en 1997 dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle recueille, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé des entrants, et les pathologies constatées à l'entrée, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substance psychoactives déclarée concerne le tabagisme quotidien, la consommation excessive d'alcool (>5 verres par jour) et l'utilisation « prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération » de drogues illicites, parmi lesquelles figure le cannabis.

I - Enquête un mois donné sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, anciennement CESI, ministère de la Santé et des Solidarités)

Cette enquête a été créée à la fin des années 1980, avec pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées en toxicomanie (essentiellement les CSST), les établissements sanitaires (établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie et certains hôpitaux psychiatriques

privés) et certains établissements sociaux intervenant au niveau de la prévention, l'orientation ou l'hébergement des usagers de drogues.

Cette enquête a été menée, toujours au cours du mois de novembre*, de 1989 à 1997, puis en novembre 1999 et 2003 (date du dernier exercice).

Tous les patients accueillis ce mois-ci sont interrogés : usagers de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Les doubles comptes entre les structures sont possibles mais limités par la période relativement courte d'observation.

J - EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête mesure les opinions et les perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Les enquêtés sont également interrogés sur leurs consommations.

La première enquête a été menée en 1999. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération) de personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatives de la population française métropolitaine.

Concernant le cannabis, les personnes sont interrogées sur leur perception du niveau de dangerosité du cannabis, le classement des produits les plus dangereux, la théorie de l'escalade (« consommer du cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux »), l'interdiction de consommer du cannabis en France et les solutions alternatives à cette interdiction, la prescription de cannabis pour certains grands malades.

K – ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Direction du service national (DSN)

L'enquête ESCAPAD, conduite chaque année par l'OFDT en partenariat avec la Direction du service national (DSN), se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la JAPD), qui remplace le service national en France. Une fois par an, dans tout le pays, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites ou illicites qui aborde également leur santé et leur mode de vie.

Les adolescents interrogés sont majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, mais certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures.

L – ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, U472)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)/Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR)

Enquête en milieu scolaire centrée sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Reconduite tous les quatre ans à la même époque ESPAD permet de suivre les tendances de consommation en France et au niveau européen. Les élèves sont sélectionnés après stratification et tirage au sort des classes

M – FNAILS : Fichier national des auteurs d’infractions à la législation sur les stupéfiants

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

Toutes les procédures d’infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAILS, sauf les infractions constatées par les services des douanes n’ayant pas fait l’objet de procès-verbal.

Le FNAILS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international) et aux saisies. Le produit mentionné est « la drogue dominante », c’est-à-dire celle principalement consommée par l’usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s’appliquer, c’est la substance la plus « dure » qui est retenue.

Depuis 2006, le FNAILS est géré par le biais d’une application informatique baptisée OSIRIS (Outil statistique d’information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants) qui intègre automatiquement les informations provenant des douanes et de la gendarmerie.

N - FND : Fichier national des détenus

Direction de l’administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice

Depuis 1993, la statistique de l’exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l’année, c’est-à-dire le nombre d’entrants et de sortants des établissements pénitentiaires entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l’année, pour chaque infraction. La différence entre les entrées et les sorties permet également de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée.

Une nouvelle version du FND est en cours d’application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l’origine de cette sanction, alors que seule l’infraction principale était retenue auparavant (voir CJN). Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l’usage, provocation à l’usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l’ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé.

Conformément au code pénal, le cannabis n’est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

O - Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)

Réseau des centres d’évaluation et d’information sur la pharmacodépendance (CEIP) et l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l’AFSSAPS).

OPPIDUM est une étude pharmaco-épidémiologique nationale transversale annuelle, réalisée chaque année au mois d'octobre. Elle est coordonnée par le réseau des CEIP, responsable du recrutement des structures prenant en charge des patients qui présentent un abus ou une pharmacodépendance ou sous traitement de substitution aux opiacés. Elle se déroule depuis 1990 en région PACA et depuis 1995 au niveau national. Elle a pour objectifs de :

- Surveiller la consommation des substances psychoactives par des sujets présentant une pharmacodépendance
- Décrire les caractéristiques des patients concernés
- Évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments.

P - Rapports d'activité des CSST : Exploitation des rapports d'activité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST remplissent chaque année un rapport d'activité type envoyé à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure.

Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux CCAA, a été introduit à partir de l'année 2004.

Q - RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les patients des structures d'accueil et de soins spécialisées en toxicomanie ou en alcoologie. Les résultats annuels sont envoyés en avril de l'année suivante à l'OFDT qui en assure l'analyse.

Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle et aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produits à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient.

Les usagers de cannabis décrits à travers RECAP sont ceux dont le cannabis est le produit consommé au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, pose actuellement le plus de problèmes au patient et motive sa prise en charge.

Ce dispositif remplace l'enquête un mois donné de la DREES.

R - SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale et laboratoires des douanes),
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès d'utilisateurs. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Dans sa version initiale datant de 1999, le dispositif s'intéressait exclusivement aux produits de synthèse. À partir de 2006, son domaine d'investigation s'est élargi à l'ensemble des produits illicites.

S - Statistique des contrôles et des infractions au code de la route

Section sécurité routière (Bureau des usagers de la route et de la réglementation des véhicules - Sous-direction de la circulation et de la sécurité routières - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques - Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire)

Depuis 2004, la publication de la Section Sécurité routière réunit les statistiques des contrôles réalisés par les services de police et de gendarmerie nationales et celles des infractions (contraventions et délits) au code de la route constatées par ces mêmes services. Ces données parviennent tous les mois au ministère et sont publiées au niveau national.

Les données sont détaillées pour les infractions relatives aux règles de vitesse, à la conduite sans permis, à l'alcoolémie et, depuis 2004, à l'usage de stupéfiants. Pour l'usage de stupéfiants, le nombre de dépistages et de tests positifs est détaillé suivant les circonstances des épreuves de dépistage (accidents mortels, corporels ou matériels, infractions, soupçon d'usage de stupéfiants sans accident ni infraction). Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car, au vu des taux de positivité particulièrement élevés, il est probable que le dépistage et la recherche des résultats ne se fassent pas au hasard mais ciblent les conducteurs les plus susceptibles d'être positifs aux stupéfiants.

Le total annuel des différentes infractions en matière de stupéfiants est également repris : conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants, conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances et sous l'empire d'un état alcoolique et refus, par le conducteur d'un véhicule, de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

T - Système de surveillance du Sida en France

Ce système de recueil en continu depuis 1982, sous la maîtrise d'œuvre de l'InVS a les objectifs suivants :

- Assurer une surveillance épidémiologique du sida

- Mesurer l'incidence de la maladie
- Mesurer l'impact de l'accès au dépistage des séropositifs
- Mesurer l'impact des actions de prévention des prophylaxies primaires
- Mesurer l'impact de la prise en charge thérapeutique avant le sida
- Mesurer la mortalité liée au sida

U - TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants, mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place.

L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, défini par TREND, recouvre essentiellement les structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité,
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free-party, teknivals...) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les coordinations locales à l'origine des rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national :

- des outils qualitatifs de recueil continu coordonnés par l'OFDT, mis en œuvre par un réseau de coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
- le dispositif SINTES, (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des structures de première ligne ;
- l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires (notamment ESCAPAD, EROPP, FNAILS) ;

- et des investigations thématiques qualitatives ou quantitatives pour approfondir un sujet.

V - Analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD. ASA-CAARUD

Observatoire national des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude annuelle des rapports d'activité standardisés des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) est le deuxième outil d'un ensemble de recueil épidémiologiques dont le premier créé a été l'Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (ENa-CAARUD), qui, elle, se concentrait plus particulièrement sur les personnes accueillies dans ces structures.

ASA-CAARUD s'attache à donner des éléments sur la nature des activités développées.

W - Système d'observation centralisé sur les actions de prévention des consommations de drogues licites et illicites (ReLION)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Enquête quantitative sur les actions de prévention des usages de drogues licites ou illicites (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, ecstasy, produits dopants...), transversale aux différents secteurs professionnels concernés, publics ou privés, spécialisés ou non (promotion pour la santé, enseignement, application de la loi, santé au travail). Elle a pour objectifs de :

- documenter les principales caractéristiques, notamment les méthodes d'intervention, des actions, subventionnées ou non, menées en prévention universelle ou sélective des usages de drogues ;
- repérer les évolutions des pratiques de prévention, à travers des repères simples sur ce qui se fait dans le domaine, auprès de qui, grâce à qui, quand, où et comment.