

## 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 terrestres<sup>235</sup>. 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<sup>e</sup> et la première moitié du XX<sup>e</sup> 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).

---

<sup>235</sup> La frontière avec la Manche et au-delà avec le Royaume-Unis 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]:

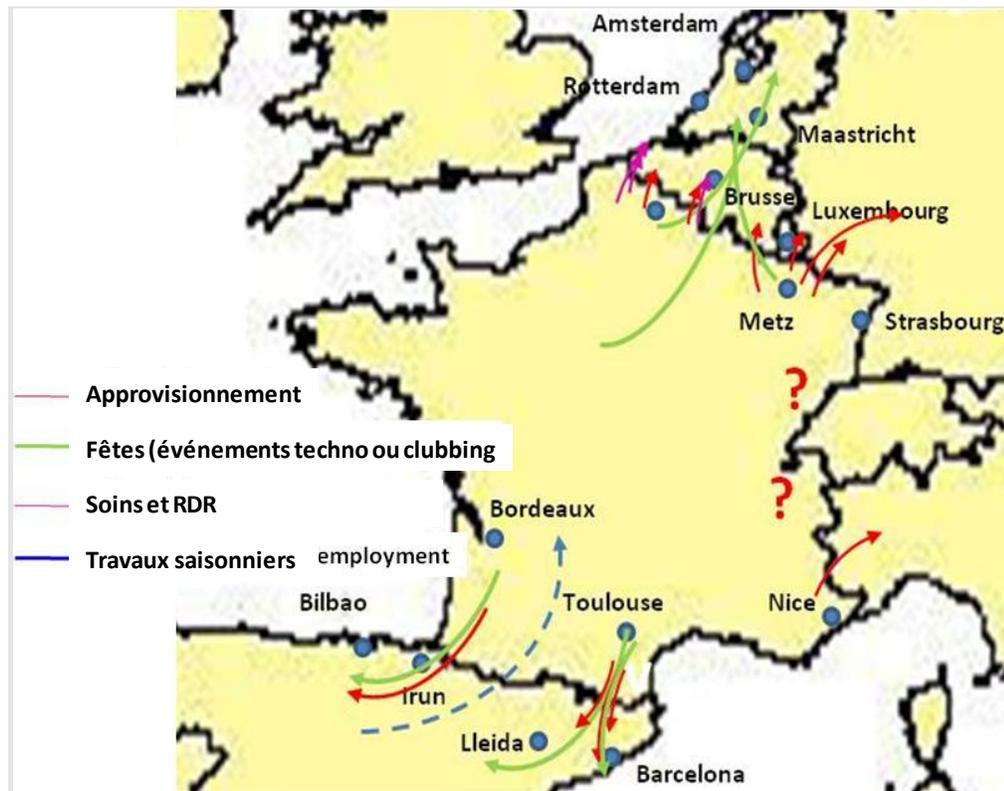
Le premier type correspond à une « frontière-creuset », c'est-à-dire « une zone de contact qui associe les territoires situés de part et d'autre dans une communauté de destin et de vie quotidienne ». Ces territoires sont souvent non marqués physiquement par un fleuve ou un relief, tels **le Nord-Pas-de-Calais (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 proche<sup>236</sup> 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

---

<sup>236</sup> 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)<sup>237</sup> 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).

---

<sup>237</sup> 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 (Bergemop-Zoom et Roosendaal)<sup>238</sup>. 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 Maastricht<sup>239</sup>, 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 élevés<sup>240</sup> :

« 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]<sup>241</sup>.

<sup>238</sup> <http://www.liberation.fr/monde/0101590624-les-pays-bas-veulent-reserver-le-cannabis-aux-hollandais>

<sup>239</sup> <http://www.republicain-lorrain.fr/france-monde/2011/08/06/maastricht-pas-de-drogue-aux-francais>

<sup>240</sup> <http://www.courrierinternational.com/article/2011/08/09/fumeur-de-joints-passe-ton-chemin>

<sup>241</sup> 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]<sup>242</sup>.

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 alternatives<sup>243</sup>. 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 tout 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

<sup>242</sup> Les observations n'ont pas été poursuivies sur ce site.

<sup>243</sup> 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*<sup>244</sup> 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]<sup>245</sup> 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

---

<sup>244</sup> 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.

<sup>245</sup> 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 »<sup>246</sup>*

Au festival de Dour en Belgique, qui attire de nombreux Français, la consommation ne se cache pas.

---

<sup>246</sup> 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 Okupas<sup>247</sup>

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 Barcelone<sup>248</sup>. 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

<sup>247</sup> Littéralement, squatters : cf. Bouillon, F « Les mondes du squat », Le Monde, PUF, 2009

<sup>248</sup> 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)<sup>249</sup>. 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 décident de partir pour

---

<sup>249</sup> 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 particulier<sup>250</sup> 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 Berlin<sup>251</sup>. 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 gays<sup>252</sup> et un milieu festif insuffisamment « branché »<sup>253</sup> [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

<sup>250</sup> Cette modalité de fête est celle retrouvée dans les milieux alternatifs

<sup>251</sup> Ainsi que Paris et Montpellier qui ne constituent pas des destinations transfrontalières.

<sup>252</sup> 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 ».

<sup>253</sup> 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 !<sup>254</sup> 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 structures<sup>255</sup>.

<sup>254</sup> 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.

<sup>255</sup> 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 centres<sup>256</sup>. Enfin, les contraintes de prescription et de délivrances de la méthadone en France<sup>257</sup> 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'UE<sup>258</sup>.

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 CAARUD<sup>259</sup> 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].

---

<sup>256</sup> 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.

<sup>257</sup> 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.

<sup>258</sup> [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](http://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)

<sup>259</sup> 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, Preventives 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'examents 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. Crofs, 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.