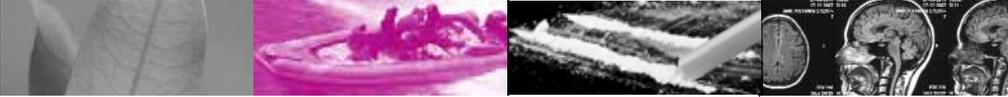


6



Cadre légal, politique publique et pratiques professionnelles

Cadre légal, politique publique et pratiques professionnelles

Le cadre légal régissant les dispositions pénales et sanitaires liées aux drogues est avant tout défini par les conventions internationales, au premier rang desquelles la Convention unique de 1961 et celle de 1988 contre le trafic illégal de stupéfiants et de substances psychotropes.

Reprenant les engagements internationaux de la France, la loi du 31 décembre 1970 régit la politique nationale de lutte contre l'usage et le trafic de drogues et s'applique à toute substance classée comme stupéfiant, sans distinction (contrairement à ce qui s'opère dans d'autres pays), tant pour la prise en charge sanitaire que pour la répression. Cette loi punit ainsi l'usage de cocaïne et de crack comme un délit, même si les réponses pénales se sont diversifiées au fil des ans, privilégiant les alternatives thérapeutiques aux poursuites pour les simples usagers. L'achat et la détention sont également sanctionnés comme des délits, tout comme l'incitation à l'usage. Enfin, le trafic est de plus en plus fortement réprimé depuis une dizaine d'années, avec de nouvelles infractions et des peines aggravées.

Sur le plan sanitaire, la loi de 1970 impose l'anonymat et la gratuité durant la prise en charge, pour favoriser l'accès aux soins des usagers. Les dispositifs d'aide auxquels les consommateurs de cocaïne et de crack peuvent s'adresser sont les mêmes que ceux utilisés par les

autres usagers de drogues : les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD), les communautés thérapeutiques et la médecine de ville ou hospitalière. Néanmoins, certains lieux de prise en charge visent en priorité les usagers de cocaïne et de crack. En complément des actions centrées sur l'injection, des recommandations scientifiques prônent la mise en place d'outils spécifiques de réduction des risques chez les usagers de cocaïne et de crack.

Face à l'absence de traitement de substitution propre à la cocaïne, à la pharmacologie de cette substance et à l'hétérogénéité des profils de ses consommateurs, la Haute Autorité de santé a entamé une réflexion et publié récemment des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne, destinées aux professionnels de santé en lien avec ces populations, qu'ils soient spécialisés en addictologie ou pas. Ce référentiel tend à améliorer le repérage et la prise en charge des usagers de cocaïne et à déterminer les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour arrêter de consommer.

Les professionnels rapportent en effet une difficulté de repérage des consommations problématiques de cocaïne, et plus encore de traitement en l'absence de protocoles thérapeutiques adaptés.

Certains addictologues expérimentent, en dehors de tout protocole validé, des traitements médicamenteux non spécifiques contre la dépendance à la

cocaïne. Des solutions adaptées propres à chaque public sont aussi préconisées, comme le fait de privilégier un contact durable et suivi plutôt qu'une solution médicamenteuse, peu adaptée pour les usagers de crack précaires, ou une prise en charge « hors les murs » afin de poursuivre une vie sociale et professionnelle normale pour les patients insérés. Finalement, lorsqu'il y a demande, elle se manifeste surtout sous la forme d'un besoin d'information ou de soins d'urgence consécutifs à une consommation de cocaïne.

En matière de prévention de l'usage de drogue, conformément à la loi, les actions reposent sur une approche généraliste, avec un rappel de l'interdit et une information sur les risques sanitaires et sociaux. Hormis dans le milieu professionnel, où elle est traitée avec les drogues les plus répandues (tabac, alcool et cannabis), la cocaïne ne fait guère l'objet d'actions de prévention ciblées, surtout en milieu scolaire. Les campagnes centrées uniquement sur la cocaïne sont donc encore rares.

Les interpellations incriminant la cocaïne (forme chlorhydrate ou crack) représentent 3,5 % des interpellations pour usage de stupéfiants et 12,7 % de celles pour usage-revente ou trafic en 2010, ce qui en fait le troisième produit en cause, derrière le cannabis et l'héroïne. Ces interpellations ont augmenté ces vingt dernières années, quel qu'en soit le motif,

mais à un rythme plus soutenu pour l'usage que pour la revente ou le trafic.

Plus de 85 % de ces interpellations concernent des hommes. Néanmoins, le profil sociodémographique diffère selon la forme de la substance : les usagers de cocaïne interpellés ont une situation sociale moins précaire et sont un peu plus jeunes que ceux de crack (30 ans vs 33 ans), ces derniers étant principalement concentrés dans les départements d'outre-mer de la région atlantique et en Seine-Saint-Denis.

Les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont surreprésentées chez les interpellés pour usage tandis que la part des catégories aisées et des élèves-étudiants a sensiblement progressé depuis 1990. Les usagers-revendeurs et les trafiquants interpellés se caractérisent quant à eux par une forte proportion de personnes sans emploi et de nationalité étrangère.

Bien qu'il soit impossible de définir le produit en cause et de comparer stricto sensu le fichier des interpellations et celui des condamnations, la tendance générale des suites judiciaires pour usage est caractérisée, depuis une décennie, par un traitement pénal plus systématique, avec moins de condamnations et plus de mesures alternatives (70 % des affaires). Il est difficile de suivre le sort des personnes interpellées pour trafic et usage-revente, mais le taux de condamnation est semble-t-il bien plus élevé que pour l'usage (51 % vs 14 %).

6.1 Cadre légal et sanitaire : textes et dispositifs

Ivana Obradovic, Cristina Díaz Gómez

Ce chapitre précise les dispositions pénales et sanitaires prévues par la loi envers les usagers et les trafiquants de cocaïne et de crack. Néanmoins, il ne s'agit pas de dispositions qui visent spécifiquement telle ou telle drogue illicite puisque la plupart des textes réglementant l'usage et le trafic de stupéfiants ou la prise en charge sociale et sanitaire des consommateurs de drogues sont à vocation généraliste.

CADRE FIXÉ PAR LES TRAITÉS INTERNATIONAUX

Le cadre juridique international de référence a été fixé par trois conventions internationales : la Convention unique sur les stupéfiants de 1953 (qui classe la feuille de coca et la cocaïne dans le tableau I, regroupant les plantes et les substances présentant un « important risque d'abus

et de danger pour la santé » soumises, à ce titre, au contrôle le plus rigoureux), la Convention sur les psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de 1988 (voir chapitre 1). Ces traités internationaux lient les États signataires¹³⁸ et les obligent à transposer plusieurs principes dans leur législation. Ils doivent mettre en place des institutions nationales chargées du contrôle des stupéfiants, établir une classification nationale des stupéfiants au moins aussi stricte que celle retenue dans les conventions, coopérer avec les institutions de l'Organisation des Nations unies (ONU) dans leur activité de contrôle des stupéfiants et mettre en œuvre un certain nombre de dispositions pénales et sanitaires dédiées, d'une part, à la lutte contre la détention et le trafic de drogues illicites, et, d'autre part, à la diminution de la demande de drogues et à la réduction des risques associés à l'usage.

138. Le 1^{er} novembre 2010, 184 États avaient ratifié la Convention unique sur les stupéfiants de 1953 (telle que modifiée par le Protocole de 1972), selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) chargé de la surveillance du respect, par les États, des conventions internationales. Deux États (l'Afghanistan et le Tchad) n'ont toujours pas ratifié la Convention sous sa forme modifiée et 8 États n'ont pas ratifié la Convention : la Guinée équatoriale en Afrique, le Timor oriental en Asie et 6 pays d'Océanie (îles Cook, Kiribati, Nauru, Samoa, Tuvalu et Vanuatu).

Sur le plan pénal, les engagements internationaux de la France lui imposent d'incriminer et de poursuivre la détention et le trafic de stupéfiants. L'incrimination de l'usage en tant que tel est, en revanche, laissée à la discrétion de chaque pays.

Sur le plan sanitaire, à l'inverse, les conventions sont peu contraignantes : la Convention unique de 1961, qui consacre un seul article aux considérations de santé publique, laisse aux États l'appréciation de la gravité des conséquences sanitaires liées aux drogues. Si elle enjoint les États de prendre « toutes les mesures possibles pour prévenir l'usage et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées » (art. 38-1), la création de services adaptés n'est imposée que lorsque les États sont en mesure de mobiliser les ressources nécessaires. Le Protocole de Genève de 1972 (portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961) va plus loin en matière de prescription de politique publique en explicitant la nécessité d'articuler les volets pénal et sanitaire. Tout en prévoyant un renforcement des mesures d'extradition des trafiquants, il suggère de moduler les sanctions applicables aux usagers qui peuvent se voir ordonner des mesures judiciaires à orientation sanitaire, socio-éducative ou sociale. Sur le plan de la réduction de la demande, enfin, les conventions plaident pour l'extension des mesures « classiques » visant la prévention de l'abus de drogues et l'abstinence, même si elles n'in-

terdisent pas l'adoption de mesures de réduction des risques. Cependant, l'interprétation restrictive que les instances supranationales¹³⁹ chargées de surveiller l'application des conventions internationales font de leurs mandats, les a amenées à prendre des positions défavorables au développement de la politique de réduction des risques dans les États. De nombreuses mises en garde ont ainsi été adressées aux gouvernements par l'OICS au cours des deux dernières décennies [142-144, 146] : en 1998 et 2000, par exemple, l'OICS a rappelé aux États que « les mesures de réduction des risques ne doivent pas se développer au détriment des autres actions » ; en 2003, de nouveau, l'OICS a recommandé « d'évaluer l'impact général de l'adoption de ces mesures qui peuvent être utiles à une personne ou à un groupe mais qui ont des conséquences néfastes aux plans national et international » ; en 2010, l'OICS a déclaré « illégale » la mise à disposition des salles de consommation. Toutefois, comme l'illustrent les derniers rapports annuels de l'OICS en 2009 et 2010 [145-146], le soutien de cette instance supranationale aux programmes d'échange de seringues en prison par exemple met en évidence des positions progressivement plus favorables à la réduction des risques.

En accord avec les conventions internationales, la loi française du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants » s'est efforcée de concilier les objec-

139. Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDDC).

tifs de répression et de santé publique. Elle interdit l'usage (public et privé) et le trafic de toute substance classée comme stupéfiante. La loi de 1970 prévoit également une alternative à la sanction pour les usagers de drogues et pose les bases juridiques leur permettant de bénéficier d'une prise en charge sanitaire (art. L.3411-1 du Code de la santé publique – CSP). Elle constitue le cadre fondateur de la politique française de lutte contre l'usage et le trafic depuis plus de quarante ans.

DISPOSITIONS PÉNALES EN VIGUEUR EN FRANCE

La loi de 1970 réprime l'usage et le trafic de stupéfiants. Les sanctions pénales encourues sont proportionnelles à la gravité de l'infraction.

Sanction de l'usage et alternatives sanitaires

Aux termes de la loi de 1970, l'usage de cocaïne, de crack ou de tout autre stupéfiant constitue un délit pour lequel la peine encourue peut aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende (art. L.3421-1 du CSP). Dans le même temps, la loi prévoit une alternative thérapeutique qui permet au contrevenant d'éviter les poursuites s'il accepte de se faire soigner, de façon anonyme et gratuite (art. L.3423-1 à art. L.3423-4 du CSP sur l'injonction thérapeutique). L'exécution de la mesure de soins ou de surveillance médicale est contrôlée par l'autorité judiciaire (art. L.3424-4 du CSP). Depuis la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, qui a modifié certains articles du Code de la santé publique, ces sanctions peuvent être

accompagnées de l'obligation de suivre un stage payant de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Ce stage doit être exécuté dans un délai de six mois et son coût, qui peut aller jusqu'à 450 euros, est à la charge du condamné (art. R.131-35-1, R.131-46 et R.131-47 du Code pénal).

Ce cadre législatif généraliste a été modifié par les circulaires successives des ministères de la Justice et de la Santé qui se sont efforcées de résoudre l'ambiguïté fondamentale de la loi, qui considère l'usager à la fois comme délinquant et comme malade, en appelant les procureurs et les juges à différencier les usagers selon le produit et le mode d'usage et à privilégier des soins adaptés aux différents profils de consommateurs. Ainsi, par exemple, la circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des applications de l'injonction thérapeutique précise-t-elle les cas où l'injonction thérapeutique doit être appliquée (usage d'héroïne ou de cocaïne, usages massifs et répétés de cannabis ou associés à d'autres produits comme les médicaments ou l'alcool).

La loi de 1970 pénalise également les « actes préparatoires à l'usage » (achat, détention). L'acquisition ou la détention sont ainsi passibles de peines maximales de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende (art. 222-37 du Code pénal), même si, en pratique, les peines d'emprisonnement de 5 ans et plus ne représentent que 1% des peines d'emprisonnement prononcées. La loi de 1970 punit en outre la provocation à l'usage de cocaïne et de stupéfiants en général (par la publicité, l'incitation ou la présentation sous un jour favorable) de peines maximales de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, même si l'incita-

tion est restée sans effet (art. L.3421-4 du CSP). Les peines sont aggravées lorsque l'incitation vise des mineurs (7 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende).

Répression du trafic et des profits issus du trafic

La loi prévoit un volet de répression du trafic et des profits issus du trafic¹⁴⁰ qui a été renforcé, depuis la fin des années 1990, par une trentaine de lois. Les peines prévues ont été aggravées, allant, pour certains trafics de stupéfiants, jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et de forts montants d'amende (jusqu'à 7 500 000 euros pour la production, la fabrication, l'importation, le transport ou la vente de produits stupéfiants). De nouvelles infractions ont été créées : l'offre et la cession pour usage personnel (instituée pour apporter une réponse spécifique aux actes commis par les usagers-revendeurs¹⁴¹) ou encore le blanchiment d'argent issu du trafic de stupéfiants (susceptible d'être qualifié en infraction criminelle, passible de la réclusion criminelle à perpétuité en cas de blanchiment d'argent lors de la direction ou de l'organisation d'un groupement ayant pour objet la production ou la fabrication de stupéfiants). Enfin, l'éventail des instruments juridiques à disposition des services répressifs a été élargi :

- les outils d'investigation policière et judiciaire dérogeant au droit commun

ont été multipliés : possibilité de comparution immédiate des usagers-revendeurs interpellés (depuis la loi du 17 janvier 1986), possibilité de garde à vue étendue jusqu'à 4, voire 6 jours, sur autorisation des magistrats, pour trafic de stupéfiants (depuis la loi du 14 avril 2011¹⁴²) ;

- des innovations ont été introduites dans le Code pénal pour faciliter la remontée des filières de trafiquants : possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » créée par la loi du 9 mars 2004 ;

- les dispositions légales liées à la répression du blanchiment ont été étendues, permettant, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : depuis la loi du 13 mai 1996, toute personne qui ne peut justifier d'une source de revenus correspondant à son train de vie (voitures, voyages, etc.) et qui, sans trafiquer elle-même, est en relation habituelle avec un trafiquant ou des usagers de stupéfiants, risque une peine maximale de 5 ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende (art. 222-39-1 du Code pénal visant le « proxénétisme de la drogue »).

En outre, en matière de trafic de stupéfiants, deux types de circonstances aggravantes peuvent désormais être envisagés : lorsque les faits sont commis dans les locaux de l'administration, ou encore auprès de mineurs ou à proximité des centres d'enseignement ou d'éducation. La loi de prévention de la délinquance du

140. Voir art. 222-34 et suivants du Code Pénal et articles 414 et 415 du Code des douanes.

141. L'offre et la vente de produits stupéfiants à une personne pour sa consommation personnelle (y compris en petite quantité et même à titre gratuit) exposent le contrevenant à une peine allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. La peine d'emprisonnement est doublée lorsque des stupéfiants sont vendus ou donnés à des mineurs, ou dans l'enceinte des établissements d'enseignement ou d'éducation, ou dans les locaux de l'administration.

142. Art. 706-73 et 706-88 du Code de procédure pénale.

5 mars 2007 prévoit ainsi des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigée vers un mineur ».

Comme pour toute infraction pénale, il s'agit de peines maximales prévues, laissant aux magistrats une grande marge d'appréciation et de choix entre les sanctions possibles aux différents stades de la chaîne pénale, ainsi que la possibilité d'y inclure, ou non, une dimension sanitaire : poursuites judiciaires ou alternative aux poursuites¹⁴³, incarcération ou alternative à l'incarcération¹⁴⁴, et autres solutions (voir chapitre 6.4).

DISPOSITIONS SANITAIRES ET DISPOSITIFS DE SOINS

Pour favoriser l'accès au système de soins, la loi de 1970 a établi l'anonymat des soins. Les professionnels de santé sont tenus au secret médical et l'anonymat ne peut être levé pour interpeller l'utilisateur (art. 3414-1 du CSP). Dans ce même esprit, le texte de 1970 prévoit également la gratuité¹⁴⁵ du traitement spécialisé en addictologie (art. L.3411-2 et art. L.3414-1 du CSP). Depuis la loi du 27 juillet 1999 qui a instauré la couverture maladie universelle (CMU, couverture complémentaire santé gratuite), les personnes sans ressources ou à faible niveau de revenus peuvent, elles

aussi, accéder de manière gratuite à la médecine de ville et à l'hôpital. La CMU exonère les usagers de drogues les plus démunis de l'obligation d'avancer des frais médicaux. Par ailleurs, les personnes n'ayant pas leur résidence en France peuvent prétendre à l'aide médicale de l'État (AME). En outre, depuis le décret du 18 janvier 1988, avec la mise en place du dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), l'accès au dépistage du VIH et des hépatites virales est effectivement anonyme et gratuit. Depuis la circulaire du 9 novembre 2009, la vaccination contre les virus d'hépatite est également gratuite. L'utilisateur de drogues peut ainsi bénéficier d'un dépistage ou d'une vaccination contre ces maladies infectieuses dans un CDAG ou, depuis la circulaire du 28 février 2008, dans un CSAPA¹⁴⁶ (art. L.3411-4 et L.3121-2 du CSP).

L'accès des usagers de cocaïne et de crack peut se faire par le système judiciaire, dans le cadre d'une alternative aux poursuites (classement avec orientation sanitaire, injonction thérapeutique) ou d'une condamnation (obligation de soins) : la loi de 1970 prévoit en effet la possibilité d'une orientation vers une prise en charge sanitaire accessible à toute personne en demande de soins pour un problème d'usage de drogues (art. L.3411-1 du CSP). Les usagers peuvent aussi accéder à une prise en charge sanitaire de leur propre initiative.

143. Classement avec avertissement, classement avec orientation socio-sanitaire, injonction thérapeutique, par exemple.

144. Obligation de soins, amende, travail d'intérêt général, par exemple.

145. Ces dispositions ont pour but d'assurer la gratuité du traitement spécifique afin d'inciter les intéressés à se faire soigner volontairement, mais n'a pas pour objet d'assurer aux toxicomanes la gratuité de l'ensemble des soins rendus nécessaires par leur état de santé ; voir Livre IV du CSP, Titre premier sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes, p. 354.

146. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Il existe pour l'ensemble des consommateurs trois types de structures spécialisées :

■ les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), créés par le décret du 14 mai 2007 (art. D.3411-1 à D.3411-9 du CSP). Ils regroupent les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en alcoologie prévus à l'article 3 de la loi de 1970 (art. 3411-1 du CSP). La plupart de ces structures proposent une prise en charge ambulatoire. Cette offre est complétée par des centres résidentiels de court séjour (durée moyenne du séjour de 90 jours) qui offrent un hébergement individuel ou collectif. Les usagers peuvent non seulement se faire soigner mais aussi se faire dépister. Certains CSAPA ont une activité complémentaire de consultations jeunes consommateurs (CJC), accueillant les plus jeunes usagers et leurs familles, quel que soit le produit (cannabis, alcool, cocaïne, etc.).

■ les communautés thérapeutiques (CT), dispositif médico-social expérimental défini par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et dont les missions sont précisées par la circulaire du 24 octobre 2006, sont des structures d'hébergement de long séjour (un an, renouvelable une fois). L'apprentissage social est au centre de ce modèle thérapeutique, où les intervenants (médecins et éducateurs) doivent servir de modèle et où le soutien des pairs, le climat familial et la prise en charge individuelle doivent contribuer à créer un environnement propice à une évolution personnelle.

■ les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), créés par la loi de santé publique du 9 août 2004,

dont le cadre d'application a été précisé par la circulaire du 2 janvier 2006. Les CAARUD regroupent la plupart des anciens dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus ou équipes de proximité, programmes d'échanges de seringues, automates, *sleep in*).

Les usagers en demande de soins peuvent également rencontrer un professionnel de santé du dispositif de premier recours (médecin libéral, médecin du travail, urgentiste, etc.) ou encore bénéficier d'une consultation hospitalière spécialisée. Par ailleurs, pour déclencher un sevrage, l'hôpital dispose de lits en addictologie. L'utilisateur peut ensuite se faire accompagner sur le plan médical et social par un CSAPA ou un médecin de son choix.

Contrairement aux politiques pénales, qui se veulent identiques pour tous les usagers de stupéfiants dès lors que le Code pénal ne différencie pas les produits, les politiques sanitaires peuvent être ciblées et viser spécifiquement les consommateurs de cocaïne et de crack. En matière de prévention des maladies infectieuses par exemple, le décret du 14 avril 2005, pris dans le cadre de la loi de la politique de santé publique du 9 août 2004, prévoit la mise à disposition d'outils de réduction des risques, dont le matériel permettant de fumer ou d'inhaler de la cocaïne ou du crack. Les politiques d'accès aux dispositifs sanitaires se différencient, en outre, de la mise en œuvre des politiques pénales par le fait qu'elles s'appuient sur l'expertise des professionnels de la recherche et des médecins. Ainsi le Plan de prévention des addictions 2007-2011 [127] et le Plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [53] ont-ils recommandé d'adapter les outils de réduc-

tion des risques à la consommation de cocaïne sniffée et de crack sur la base d'évaluations scientifiques. Rappelons que, historiquement, la politique de réduction des risques s'est principalement centrée sur la prévention des risques liés à l'injection (décret « Barzach » du 13 mai 1987). Dans ce nouveau cadre s'inscrit la recherche-action financée en 2009 par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) auprès de consommateurs de crack. Ce projet vise à évaluer un nouvel outil de réduction des risques afin de limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack fumé [101]. Dans le même

esprit, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [126] a soulevé la nécessité d'apporter des réponses thérapeutiques adaptées aux consommateurs de cocaïne et de crack, notamment, dans le cadre de programmes expérimentaux de prise en charge¹⁴⁷ et à l'aide de guides de bonnes pratiques professionnelles (voir chapitre 6.2).

Repères méthodologiques

Base législative OFDT-MILDT

Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante

147. Le plan a ainsi permis de financer 5 projets d'accueil et de consultation en CSAPA pour des consommateurs de cocaïne et un projet d'accueil d'usagers de crack en CSAPA résidentiel (Instruction interministérielle du 17 janvier 2011).

6.2

Prise en charge des patients : pratiques professionnelles et recommandations

Cristina Díaz Gómez, Tiphaine Canarelli

Dans un contexte de plus grande diffusion de la cocaïne et de diversification des profils de ses consommateurs, il est apparu nécessaire de mieux prendre en compte les spécificités de ces usages et de mettre en place une prise en charge plus adaptée. Un état des lieux des réponses thérapeutiques qui leur sont offertes constitue une première étape. C'est dans ce contexte qu'une étude qualitative exploratoire a été commanditée par l'OFDT dès 2007 à l'observatoire régional de santé de Midi-Pyrénées [66]. Cette enquête apporte des éléments concrets, sur la base de témoignages et d'expériences de professionnels de santé et d'usagers, alors que la question des bonnes pratiques sanitaires a été récemment abordée par la Haute Autorité de santé [93].

PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ FACE AUX DEMANDES DES USAGERS

Cent-sept entretiens ont été menés en 2007 (93 individuels et 14 collectifs). Tous

ont eu lieu auprès de professionnels de soins impliqués dans des prises en charge d'usagers de drogues et en particulier de cocaïne. Les professionnels interrogés pouvaient être des intervenants (médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) exerçant dans des structures dédiées à l'addictologie (CSAPA¹⁴⁸, équipes de liaison en addictologie, structures de première ligne) ou dans le cadre de disciplines potentiellement concernées par la prise en charge de patients présentant des conséquences sanitaires liées à la consommation de cocaïne (urgences, cardiologie, neurologie, obstétrique et psychiatrie notamment). L'enquête s'est déroulée sur trois sites (Paris, Toulouse et Martinique) de mars 2007 à septembre 2008.

Peu de demandes de sevrage et de maintien de l'abstinence

La grande majorité des professionnels rencontrés rapporte que le niveau de demande relatif à un problème sanitaire consécutif à l'usage de cocaïne reste peu

148. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

élevé dans l'ensemble des dispositifs, à l'exception de ceux qui ont rendu visible une offre thérapeutique spécifique à ce produit¹⁴⁹, et pour qui le niveau de prise en charge a augmenté.

Les patients ou les usagers se présentent, en effet, presque toujours en situation de crise, à des moments où les problèmes sanitaires sont déjà très avancés (survenue d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus du myocarde, par exemple) et où le traitement sera réalisé en urgence et sans qu'il soit directement relié à la cause. La prise en charge de ces urgences sanitaires sera en effet identique quel que soit le facteur étiologique.

Quelques demandes d'information ou de « tranquillisation » après un épisode de consommation ayant induit des symptômes ou des conséquences néfastes sont également rapportées.

Pratiques professionnelles de repérage d'une consommation problématique

Le repérage de la consommation problématique de cocaïne est donc globalement très difficile ; en particulier pour les acteurs de soins non spécialisés en addictologie, puisqu'il y a peu de demandes de soins verbalisées. Il passe parfois par une demande d'information des professionnels sur le mode de consommation utilisé (sniff, mais aussi injection, voire inhalation à chaud). Quoi qu'il en soit, les professionnels de santé non spécialisés en

addictologie soulignent globalement l'inexistence d'outils de repérage adaptés à la cocaïne ou au crack.

Absence de traitements ou de protocoles « labellisés »

Les professionnels de santé non spécialisés en addictologie rapportent qu'ils ne disposent pas véritablement de traitements spécifiques à l'usage de cocaïne et qu'il n'existe pas non plus de protocoles de soins particuliers.

Certains acteurs de soins spécialisés, peu nombreux, ont toutefois fait le choix d'expérimenter, sur des modes plus ou moins empiriques, des traitements pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques qui seraient efficaces dans le cadre d'une dépendance à la cocaïne (voir chapitre 5.3).

Propositions émergentes en termes de bonnes pratiques

Dans cette étude exploratoire, certains soignants insistent sur la nécessité de réaliser une évaluation régulière des traitements de manière à pouvoir les réajuster en permanence. Il est également préconisé, concernant les usagers précaires de crack, de maintenir un contact avec ces sujets, par le biais de consultations régulières. Ce lien prévaudrait alors sur les autres options de prise en charge, en particulier médicamenteuses, souvent complexes à mettre en place et à suivre au sein de cette population précaire. Ce contact

149. Il faut citer le cas particulier de la Martinique où la cocaïne est, avec le cannabis, le principal problème de consommation de substances illicites. Les structures de l'Hexagone n'ont en effet pas vocation, à quelques rares exceptions près, à traiter la cocaïne plus particulièrement que d'autres produits (voir chapitre 6.1).

et ce soutien sont d'autant plus importants que les structures de première ligne sont parfois vues comme des lieux de refuge au moment des cycles compulsifs de consommation. Certains intervenants précisent également que la prise en charge des patients parmi les plus insérés pourrait s'envisager autrement qu'au travers des types de dispositifs habituellement proposés (notamment l'hospitalisation complète), via une prise en charge externe (hôpital de jour ou prise en charge ambulatoire) adaptée aux impératifs professionnels de ces usagers.

Le recours à des traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques a d'autre part déjà été exploré dans différents pays¹⁵⁰ où des protocoles de soins ont parfois été élaborés. En France, la HAS s'est prononcée, par le biais de recommandations de bonnes pratiques cliniques [93], sur la pertinence ou non de certaines molécules ou de certaines techniques de prise en charge.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

C'est en effet à la suite d'une réflexion collective pilotée par la HAS, à la demande de la ministre de la Santé, qu'a été élaboré et rendu public en février 2010 un référentiel de bonnes pratiques en matière de prise en charge des consommateurs de cocaïne. Ce manuel est destiné aux professionnels de soins exerçant au sein des structures spécialisées en addictologie (CAARUD¹⁵¹, CSAPA et communautés

thérapeutiques), des services d'addictologie et des services de santé en milieu carcéral. Il s'adresse également aux médecins généralistes, psychiatres, cardiologues, urgentistes, aux spécialistes en otorhino-laryngologie, aux gynécologues, aux étudiants en médecine mais aussi aux sages-femmes, aux psychologues et aux travailleurs sociaux.

Ces recommandations visent à améliorer la prise en charge sanitaire des consommateurs de cocaïne et de crack en facilitant le repérage des consommations et en définissant le plus précisément possible les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale permettant de favoriser l'arrêt de la consommation de cocaïne et son maintien. Trois sous-catégories d'usagers de cocaïne et de crack sont ainsi visées en priorité : les usagers qui en ont une consommation festive et irrégulière (considérés comme des consommateurs occasionnels), les consommateurs réguliers et les polyconsommateurs.

Référentiels internationaux

Ces recommandations de la HAS s'inscrivent dans la continuité des référentiels internationaux de bonnes pratiques en matière de prise en charge des usagers de cocaïne et de crack déjà élaborés. Aux États-Unis, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) a été le premier à élaborer des manuels de bonnes pratiques visant les usagers de cocaïne et de crack à destination des cliniciens et autres profession-

150. C'est le cas notamment aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en Allemagne et en Belgique.

151. Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues.

nels de santé. En Europe, ces initiatives sont plus récentes. Les premiers pays qui se sont dotés de guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des usagers de cocaïne et de crack ont été l'Allemagne [59, 188] et le Royaume-Uni [79]. Comme en France, l'absence de traitements de substitution pour les usagers de cocaïne, l'hétérogénéité des profils des consommateurs concernés et la pharmacologie de la cocaïne ont amené les autorités sanitaires nationales à réfléchir à des réponses spécifiquement adaptées à ces consommateurs.

En 2007, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a réalisé une revue de la littérature ayant pour objectif de recenser les recommandations de bonnes pratiques issues des études internationales en la matière [61]. Plusieurs éléments ressortent de ce travail d'analyse :

- d'après la littérature disponible, les usagers de cocaïne et de crack se feraient soigner plus tardivement que les autres usagers [110]. D'où la nécessité de réfléchir à un accès aux services d'aide aux consommateurs de cocaïne et de crack plus précoce. En termes de recommandations, il est donc suggéré aux administrations et aux professionnels de santé de rendre leurs services plus attractifs et plus accessibles à ces usagers ;

- la littérature montre également que les usagers présentent des profils distincts selon qu'ils en sont à leur première demande de traitement ou non [73]. Il est donc recommandé aux professionnels de santé de tenir compte de ce point pour faire le choix de l'approche thérapeutique la plus adaptée possible ;

- les études montrent par ailleurs le rôle majeur joué par le facteur humain. Un bon niveau de connaissance des intervenants non seulement en matière de pharmacologie propre à la cocaïne, mais aussi de prise en charge d'éventuelles comorbidités psychiatriques et de gestion des rechutes [197] serait un facteur prédictif de qualité. D'autre part, l'alliance thérapeutique entre le professionnel de santé et l'utilisateur en demande de soins occuperait une place centrale dans le cadre d'une prise en charge efficace [151]. La qualification et la formation préalable des équipes intervenantes sont également des recommandations issues de la littérature internationale ;

- enfin, l'accompagnement sur le plan social et plus particulièrement le soutien de l'entourage de l'utilisateur de cocaïne ou de crack apparaît comme l'un des éléments essentiels de l'efficacité de sa prise en charge [20].

Repères méthodologiques

Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? »

6.3 Prévention de l'usage de cocaïne

Carine Mutatayi

La prévention liée aux drogues se voit associée à différents objets. Les professionnels parlent autant de prévenir les usages que de prévenir les addictions ou les risques, renvoyant par là à différentes formes d'intervention – en face à face, individuelles, collectives ou encore médiatiques –, voire à différents profils de publics. L'éventail des mesures concerne la population générale, des groupes caractérisés par un risque plus élevé de consommer des produits psychoactifs ou encore des usagers. Selon la nomenclature employée par le Conseil de l'Union européenne¹⁵² dans ses plans d'action successifs pour la période 2005-2012 [67-68], ces différents ciblage renvoient respectivement à la prévention dite « universelle », « sélective » ou « indiquée ».

Depuis le milieu des années 1990, période à laquelle la montée des usages de cocaïne est observée, ce produit a rarement fait l'objet de mesures préventives

particulières, autres que la diffusion de diverses brochures dédiées (voir cahier des illustrations). La question de la cocaïne était intégrée au discours global sur les substances psychoactives. Aujourd'hui, cela demeure la règle générale pour les actions en face à face, majoritaires, destinées à la population générale. Cependant, un changement notable s'est opéré récemment avec la diffusion d'outils explicitement axés sur la cocaïne ou ses dérivés, notamment à travers des dispositifs de communication de grande envergure. Ces éléments sont présentés ci-après.

UN SUJET RAREMENT ABORDÉ DE FAÇON EXPLICITE DANS LES ACTIONS LOCALES EN FACE À FACE

Le système d'information actuel ne permet pas de dresser un tableau national des éventuelles actions de prévention locales traitant de la cocaïne. Cependant, l'enquête RELIONPREDIL¹⁵³ menée en

152. À savoir la nomenclature établie par l'Institute of Medicine de Chicago dont l'OEDT fait la promotion en Europe.

153. Recueil électronique d'indicateurs pour l'observation des actions de prévention liée aux drogues illicites et licites.

2011 en Rhône-Alpes¹⁵⁴ indique qu'en 2010, dans cette région, la majorité des actions (7 sur 10) ont traité des drogues ou des conduites addictives en général. Lorsque le thème de la cocaïne a été plus précisément abordé, ce fut parmi d'autres drogues, l'alcool et le cannabis notamment. Il le fut moins de 2 fois sur 10 pour les actions menées en établissements d'enseignement secondaire (y compris agricole) et dans un tiers de celles réalisées en milieu professionnel. La propension à privilégier une approche globale est dans la lignée du guide pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire, largement diffusé dans les collèges et lycées depuis 2005 et réédité en décembre 2010 [51].

Rien ne permet d'affirmer que dans d'autres régions françaises le sujet de la cocaïne ait été plus fréquemment développé lors d'actions de prévention. Tout au plus peut-on faire l'hypothèse que, dans les territoires les plus touchés par le trafic de cocaïne ou enregistrant les niveaux d'usage les plus élevés¹⁵⁵ (DOM antillais, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur), les acteurs de prévention sont plus enclins à aborder la question.

UN AXE PRIVILÉGIÉ DES DERNIÈRES CAMPAGNES MÉDIAS NATIONALES

Lors des quinze dernières années, trois grands programmes médiatiques ont été conduits par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES),

à l'instigation de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Ces programmes pluri-annuels, rythmés par les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues de 1999-2001, 2004-2008 et 2008-2011, se sont appuyés sur divers supports, avec comme pièces centrales des campagnes audiovisuelles (télévision et radio). La campagne de 2000 « Drogues : savoir plus risquer moins » et ses campagnes satellites de 2001 et 2002 optaient pour une approche généraliste des substances psychoactives sans éclairage particulier sur un ou des produits précis. Néanmoins, dans le cadre de cette campagne de 2000, le livret du même nom dédie un chapitre à la cocaïne et une brochure, *Cocaïne-drogues : savoir plus risquer moins*, est éditée en novembre 2001 (voir cahier des illustrations), premier volet d'une collection qui traitera aussi du cannabis (décembre 2001) et de l'ecstasy (mars 2003). Le programme gouvernemental de communication sur la période 2004-2008 est, quant à lui, davantage tourné vers le cannabis, notamment à travers les campagnes « Le cannabis est une réalité » (2005) et « Cannabis et sécurité routière » (2006).

Plus récemment, le gouvernement a intensifié la communication sur les effets délétères de la consommation de cocaïne. Les trois campagnes médiatiques diffusées en 2009 et 2010 mettent en exergue la question de la cocaïne, au même titre que le cannabis et l'ecstasy, de façon inédite dans le cadre de la communication gouvernementale. La première, « Drogues : ne fermons pas les yeux », lancée

154. Résultats OFDT à paraître au premier semestre 2012.

155. Au regard notamment des niveaux d'expérimentation à 17 ans (Base ESCAPAD 2008).

en octobre 2009, souligne la dangerosité des produits, dans le but de combattre les représentations positives associées aux drogues.

En novembre et décembre 2009, le deuxième volet, « La drogue si c'est illégal, ce n'est pas par hasard », défend le caractère protecteur de la loi face aux risques sanitaires et sociaux liés aux consommations.

Enfin, de décembre 2010 à janvier 2011, la campagne « Contre les drogues, chacun peut agir » encourage parents et adultes référents à contribuer activement à la prévention des usages de drogues auprès de leurs enfants ou des jeunes qu'ils côtoient.

Chacune de ces campagnes décline systématiquement le thème de la cocaïne dans les différents supports programmés, en télévision, radio, presse magazine, via Internet et la téléphonie mobile (SMS, application iPhone).

À ce titre, la campagne d'octobre 2009 retient particulièrement l'attention. Elle est aussi la seule pour laquelle on dispose d'évaluations en post-tests. En plus d'un spot TV général (toutes drogues), elle exploite des bannières et films viraux¹⁵⁶ qui eux-mêmes introduisent un module Internet pour les 15-25 ans autour du jeu interactif *Drogues : guette l'info, traque l'intox*, afin de dénoncer des idées préconçues incitant à la consommation. Tous, accessibles sur le site www.drogues.gouv.fr, proposent une entrée « cocaïne ». Ils évoquent de façon inédite sa consommation en milieu professionnel. En fin de compte, l'analyse des post-tests

a montré que les supports exploitant une approche par produit ont obtenu de meilleurs taux de reconnaissance que le spot TV, plus général. Les 15-24 ans ont davantage mémorisé les messages que les autres mais ne se sont pas sentis plus concernés [98]. Parmi les usagers de drogues, 66 % se sont sentis concernés par ces messages mais sans les inciter à ne plus en consommer.

Toutes les déclinaisons de ces campagnes renvoient à la ligne téléphonique Drogues info service¹⁵⁷ (0800 23 13 13).

LA COCAÏNE ABORDÉE VIA LA TÉLÉPHONIE SOCIALE

Drogues info service (DIS), Fil santé jeunes (FSJ, au 32 24) et leurs corollaires sur Internet (voir encadré) sont les services de téléphonie sociale les plus susceptibles de recevoir les questions du grand public au sujet de la cocaïne.

La cocaïne et le crack sont cités dans 9 % des questions des internautes transmises par le site DIS en 2010, soit une légère progression par rapport à 2009 [1]. Ils occupent une part équivalente (8 %) dans les appels traités émis par des proches d'usagers et moitié moindre dans les appels émanant des consommateurs mêmes. Dans le sillage de la campagne « Contre les drogues, chacun peut agir », en décembre 2010, une augmentation de plus de 250 % des appels émis et traités est observée : exceptionnellement, les appels provenant de l'entourage ont dépassé en nombre ceux provenant des usagers (63 % contre 37 %). Dans cette

156. Vidéos diffusées sur Internet à travers les réseaux sociaux.

157. La ligne téléphonique spécialisée DIS est gérée par le groupement d'intérêt public ADALIS (Addictions drogues alcool info service).

période (semaines 50 à 52), cocaïne ou crack ont été abordés dans 7 % des appels traités, soit une hausse modeste (de 8 %) par rapport à la fréquence annuelle de 2010. À titre comparatif, les appels liés au cannabis ont marqué un bond de 65 %.

En 2011, parmi les jeunes qui ont contacté le FSJ, peu ont abordé la question des drogues en général et encore moins celle de la cocaïne, selon les observations des écoutants et des modérateurs des outils Internet (« Boîte à questions » et forums). Cette tendance peut s'expliquer par le caractère généraliste du service, bien que le site FSJ propose une série d'articles sur les drogues. Quoi qu'il en soit, ce sont davantage des tiers

côtoyant des usagers que des usagers eux-mêmes qui sollicitent le FSJ à ce sujet.

UN DVD SPÉCIFIQUE DE PRÉVENTION

En 2009, la MILDT a financé l'élaboration de l'ensemble vidéo-DVD-Rom Prévention cocaïne pour la mise en place d'actions de prévention de l'usage de cocaïne en milieu scolaire ou extrascolaire, auprès des 15 à 25 ans, usagers ou non. L'outil mise sur l'amélioration des connaissances et l'altération des représentations sociales favorables à la cocaïne,

Brochures et rubriques Internet consacrées à la drogue

Plusieurs brochures (voir cahier des illustrations) et pages Web détaillent les risques associés à la prise de cocaïne, de crack ou de free base. Les documents distribués, notamment en milieu festif, peuvent faciliter l'orientation vers les structures de soutien ou d'aide médico-sociale.

Parmi les principaux liens Internet français sur le sujet, figurent :

- le site gouvernemental de la MILDT : <http://www.drogues.gouv.fr/drogues-illicites/cocaine-et-crack/>
- la version électronique de Drogues et dépendances (INPES/MILDT) : <http://www.drogues-dependance.fr/cocaine.html>
- OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cocaine/general.html>
- ADALIS : <http://www.drogues-info-service.fr/?Cocaine>
- Fil santé jeunes : <http://www.filsantejeunes.com/dossiers-classes-par-categories/dossier-dossier-du-mois/6119-des-drogues-aux-substances-psychoactives>
- le site d'ASUD, Association d'autosupport des usagers de drogues : <http://www.asud.org/produits/article-201-cocaine-cocaine-aspect-effets-usage-risque.html>

en abordant pour cela les risques pour la santé et la vie sociale liés à sa consommation. Sept vidéos – sur la nature de la cocaïne, les niveaux d'usages, ses effets sur l'organisme, les dommages encourus (sanitaires, sociaux, judiciaires), la réduction des risques, les dispositifs d'aide, le trafic et le rappel de la loi, les particularités de ses dérivés (crack, free base) – confrontent les représentations des jeunes sur la cocaïne à l'état du savoir résumé par des spécialistes des champs sanitaire, répressif et de la recherche. Reconnu d'intérêt pédagogique par le ministère de l'Éducation nationale et validé par la Commission nationale de validation des outils de prévention en février 2009, le DVD a été diffusé à plus de 2 000 exemplaires. Il offre deux modes d'exploitation interactifs : la consultation individuelle par le public cible ou l'utilisation par un animateur comme support d'intervention auprès d'un groupe pour favoriser le débat, alimenté par les opinions du groupe.

AUTRES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

D'autres dispositifs, tournés vers les usagers avérés, se situent à l'interface de la prévention et de la prise en charge sanitaire (comme les consultations jeunes consommateurs) ou de la sanction pénale (tels les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants) (voir chapitre

6.4). Il s'agit aussi des mesures de sensibilisation aux pratiques de réduction des risques auprès des usagers, notamment en milieu festif, qu'elles impliquent ou non la distribution de matériels de réduction des risques. Mais la diffusion de ces actions demeure méconnue.

Repères méthodologiques

Drogues info service, Post-test de la campagne Internet 2009 « Drogues : guette l'info, traque l'intox », RELIONPREDIL

6.4 La réponse pénale à l'usage et au trafic de cocaïne et de crack

Ivana Obradovic

En 2010, l'usage de cocaïne et de crack a donné lieu à 4 679 interpellations de la police, des douanes et de la gendarmerie, soit 3,5 % de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants [138]. Les interpellations pour usage sont près de deux fois plus nombreuses que celles pour usage-revente et trafic de ces deux produits (2 786 en 2010). Ces statistiques policières reflètent avant tout l'activité des services répressifs : elles ne peuvent être tenues pour une mesure du phénomène de l'usage de cocaïne et de crack en France.

Les suites pénales données à ces interpellations ne peuvent être appréhendées pour chacun de ces produits : conformément à la législation française, le ministère de la Justice ne distingue pas les différents stupéfiants dans ses statistiques annuelles. Le nombre d'interpellations pour usage suivies de poursuites judiciaires, voire d'une condamnation, sont uniquement disponibles par type d'infraction liée aux stupéfiants (usage illicite, détention-acquisition, aide à l'usage par autrui, etc.).

L'analyse des statistiques des ministères de l'Intérieur et de la Justice permet ainsi de mesurer le niveau d'application de l'interdit d'usage et de trafic posé par la loi du 31 décembre 1970 à travers deux types d'indicateurs. D'une part, les interpellations, qui sont comptabilisées dans les rapports annuels de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), à partir des années 1980 pour la cocaïne et à partir de 1990 pour le crack, soit dix ans environ après son apparition sur le marché français. D'autre part, les réponses pénales apportées à l'usage et au trafic de stupéfiants par les parquets (orientations pénales) et les tribunaux (condamnations), qui sont disponibles auprès du ministère de la Justice à travers l'application informatique Nouvelle chaîne pénale et le Casier judiciaire national, mais qui ne distinguent pas la part de la cocaïne et du crack du reste des stupéfiants. Le rapprochement de ces sources administratives pose toutefois d'importants problèmes de comparabilité [6].

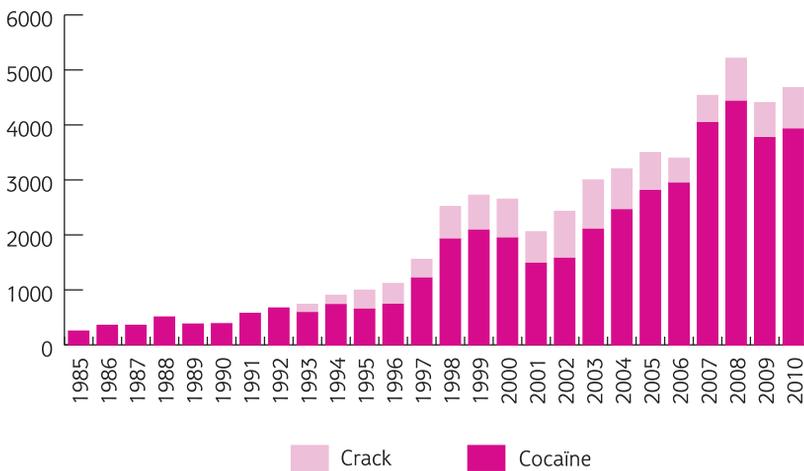
UNE HAUSSE DES INTERPELLATIONS PLUS RAPIDE POUR L'USAGE QUE POUR LE TRAFIC

En 2010, 3 926 usagers de cocaïne et 753 usagers de crack ont été interpellés. Les interpellations pour usage de cocaïne et de crack, qui représentent respectivement 2,9 % et 0,6 % des interpellations d'usagers, sont sans commune mesure avec l'ampleur des procédures pour usage de cannabis et d'opiacés – qui représentent respectivement 122 439 et 7 255 interpellations (soit 90,4 % et 5,4 % des procédures). Le phénomène a cependant évolué au cours des deux dernières décennies : les interpellations liées à l'usage de cocaïne ont été multipliées par 10 entre 1990 et 2010, passant de 388 à 3 926, avec un niveau maximal atteint en 2008 (figure 1). Cette évolution s'inscrit dans le

double contexte d'une hausse importante des interpellations pour usage simple de stupéfiants [134], multipliées par 7 au cours de la même période, et d'une diffusion de la cocaïne en population générale. La part des interpellations relatives à l'usage de cocaïne dans l'ensemble des interpellations pour usage a ainsi progressé, passant de 1,6 % à 2,9 %. Les interpellations pour usage de cocaïne et crack additionnées ont augmenté 4 fois plus vite que celles liées au cannabis (+ 120 % vs + 25 %) et 2 fois plus vite que celles de produits plus rares, comme l'ecstasy (+ 55 %), alors que les interpellations pour usage d'héroïne ont décliné dans le même temps (– 79 %).

La prédominance importante de la cocaïne par rapport au crack, dans les interpellations pour usage, l'est encore plus dans celles pour usage-revente et

Figure 1 - Interpellations pour usage de cocaïne et de crack de 1985 à 2010



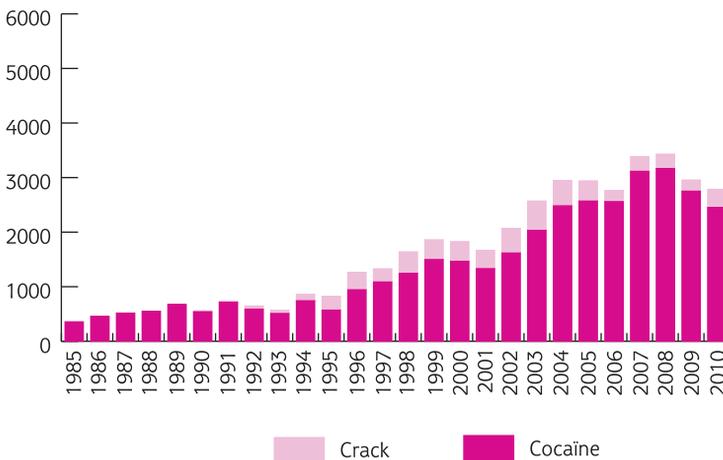
Source : OSIRIS (OCRTIS)

trafic (rapport de 7 à 1). En 2010, 2 452 personnes ont été interpellées pour usage-revente ou trafic de cocaïne et 334 au titre du crack. La part relative de la cocaïne et du crack (comptés ensemble) est plus importante dans l'activité policière ciblant les usagers-revendeurs et les trafiquants (12,7 %), que dans celle visant les usagers (3,5 %), même si le cannabis reste le premier produit en cause dans ce type d'interpellations (70 %). Les interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack talonnent les procédures liées à l'héroïne, étant même, certaines années, plus nombreuses en proportion. En 2006, par exemple, la part propre de la cocaïne dans l'ensemble des interpellations pour usage-revente et trafic a atteint son niveau record, dépassant de près de 3 points la part de l'héroïne (15,4 % vs 12,6 %).

Bien qu'en hausse quasi continue depuis les années 1980, le rythme de croissance des interpellations liées à l'usage-revente et au trafic de cocaïne a été moins soutenu que celui des interpellations pour usage (+ 912 % entre 1990 et 2010 vs + 352 %, soit un rythme de croissance 2,5 fois moins rapide) (figure 2).

La spécificité des interpellations pour usage de cocaïne tient aussi à leur caractère géographiquement concentré. Par exemple, près de 85 % des interpellations sont enregistrées dans neuf régions (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Aquitaine, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire), les autres régions dénombrent chacune une quarantaine d'interpellations par an, en moyenne. Si elle est également concentrée, la géographie de la répression des usages

Figure 2 - Interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack de 1985 à 2010



Source : OSIRIS (OCRTIS)

de cannabis révèle des disparités moins importantes dans l'activité policière : aucune région métropolitaine n'enregistre comme pour la cocaïne moins de 1 % de l'ensemble des interpellations pour usage (même si la moitié d'entre elles sont enregistrées dans trois régions : Île-de-France, PACA, Rhône-Alpes). La structure régionale des interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne montre, elle aussi, une forte polarisation des procédures autour des régions Île-de-France (36,6 % des interpellations), PACA (11,4 %) et Antilles-Guyane (9,5 %).

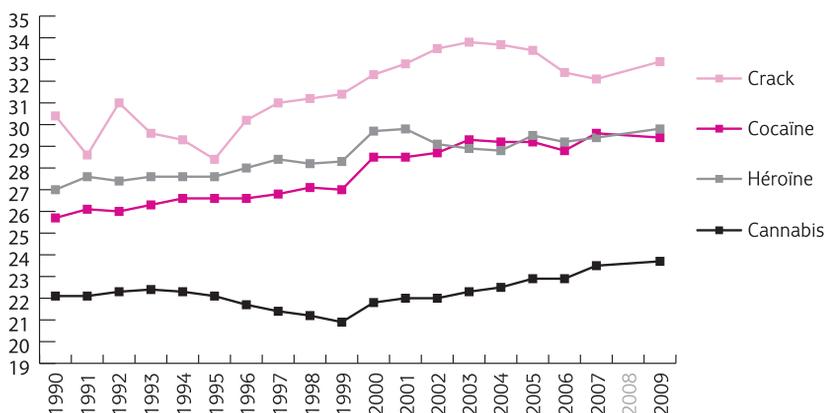
En matière de crack, la répartition des interpellations d'usagers, d'usagers-revendeurs et de trafiquants fait apparaître un fort ancrage du phénomène dans la zone caribéenne (Guyane, Guadeloupe, Martinique) et en Seine-Saint-Denis. Par rapport à tous les autres produits, le trafic

et l'usage de crack restent donc circonscrits aux environs de Paris et en zone caraïbe (voir chapitre 4.3).

DES CONTRASTES IMPORTANTS DANS LE PROFIL DES INTERPELLÉS

Les personnes interpellées au titre de l'usage ou du trafic de cocaïne sont majoritairement de sexe masculin (86 % parmi les usagers, 85 % parmi les usagers-revendeurs et les trafiquants). Cette prédominance des hommes est un peu plus marquée pour le crack que pour la cocaïne (respectivement 89 % et 87 % des usagers et des trafiquants interpellés), même si elle reste en deçà de celle observée pour le cannabis (environ 93 %). Elle s'est légèrement renforcée au cours des dix dernières années : en 2000, les hommes ne représentaient que 81 % des usagers de

Figure 3 - Évolution de l'âge moyen (en années) des usagers interpellés, par produit, de 1990 à 2009



Note : L'âge moyen est calculé pour les usagers et les usagers-revendeurs confondus entre 1990 et 1994. Il est calculé pour les seuls usagers simples à partir de 1995. Les données 2008 ne sont pas disponibles.

Source : OSIRIS (OCTIS)

cocaïne interpellés et 84 % des usagers de crack. Plus particulièrement, les usagers interpellés au titre de la cocaïne se distinguent de ceux qui ont été repérés en situation d'usage de crack surtout par l'âge (plus jeunes) et les caractéristiques sociales (moins précaires).

Une stabilisation de l'âge moyen des usagers de cocaïne interpellés

L'âge moyen de l'utilisateur de cocaïne interpellé s'établit à 29,8 ans. Il est de 6 ans supérieur à l'âge moyen des usagers de cannabis interpellés (23,7 ans) et de 3 ans inférieur à celui des usagers de crack, qui sont de loin les plus âgés de tous les usagers interpellés (32,9 ans). L'âge moyen des usagers de cocaïne interpellés s'est stabilisé au cours de la dernière décennie, ce qui contraste avec le vieillissement des usagers d'héroïne et de cannabis interpellés (figure 3). Les âges moyens des personnes interpellées pour usage d'héroïne et de cocaïne se sont ainsi rapprochés, convergeant autour de 30 ans. Ces évolutions moyennes traduisent des mouvements contrastés dans la structure des interpellations d'usagers de cocaïne et de crack.

De plus en plus de mineurs parmi les usagers interpellés

Toutes les tranches d'âge ont été concernées par la hausse des interpellations pour usage de cocaïne au cours des années 2000, mais la part de chacune a évolué. Ainsi, si la proportion des jeunes adultes (21-30 ans) a peu varié, représentant environ la moitié des interpellations pour usage de cocaïne, la part relative des mineurs est celle qui a le plus crû ces

dernières années (+ 25,5 % entre 2007 et 2009). De même, parmi les usagers interpellés au titre du crack, la part des plus jeunes est celle qui a le plus régulièrement progressé : entre 2001 et 2009, la part des mineurs appréhendés est passée de 0,9 % à 3,6 %, et celle des jeunes majeurs (18-25 ans) de 15,2 % à 23,5 %, tandis que la part des usagers de plus de 25 ans a régressé de 10 points.

Une relative stabilité dans la structure socio-professionnelle des usagers interpellés

Si la structure des personnes interpellées au titre de la consommation de cocaïne s'est diversifiée selon les tranches d'âge, elle a peu évolué en termes de catégories socioprofessionnelles. Trois classes représentent plus de 80 % des interpellations pour usage de cocaïne : les personnes sans profession (40,1 % en 2009), les ouvriers (21,3 %) et les employés (19,7 %). Pourtant, au cours des deux dernières décennies, c'est la part des cadres, commerçants, artisans et professions libérales qui a le plus augmenté, passant de 6,5 % en 1989 à 11,1 % en 2009 (+ 71 %), davantage que celle des étudiants et lycéens, qui est passée de 4,3 % à 5,5 % dans la même période (+ 28,9 %). Parmi les trois classes majoritaires, seule la part des ouvriers a progressé (+ 14,5 %), la proportion des employés et des personnes sans profession déclarée parmi les usagers de cocaïne interpellés ayant baissé. La cocaïne est surreprésentée dans l'ensemble des interpellations d'usagers effectuées au sein de certaines catégories professionnelles : 9,9 % des professions artistiques et 9,1 % des cadres et des professions libérales

interpellés sont des usagers de cocaïne, alors que, comme cela a été dit, ce produit ne se retrouve que dans 2,7 % de l'ensemble des interpellations d'usagers, toutes professions confondues.

À l'inverse, les usagers de crack interpellés se distinguent par un profil de marginalité sociale bien connu dans cette population (voir chapitre 4.3) : plus de 70 % se déclarent sans profession en 2008. Cette proportion a peu évolué au cours de la dernière décennie. La prédominance des personnes au chômage ou sans activité et des ouvriers est encore plus marquée parmi les usagers interpellés au titre du crack (respectivement 69 % et 19 % en 2007).

Des trafiquants au profil spécifique

L'usage-revente et le trafic constituant, par rapport à l'usage, un phénomène de moindre ampleur, le profil des usagers-revendeurs et des trafiquants locaux interpellés est moins détaillé que celui des usagers simples dans les statistiques de l'OCRTIS. Ces dernières permettent tout de même d'observer la surreprésentation des personnes de nationalité étrangère au sein des interpellations liées au trafic de crack (42 %), mais aussi de cocaïne (environ 15 %), ainsi que la part importante des personnes sans profession parmi les trafiquants interpellés (plus de 80 % pour le crack). Il apparaît par ailleurs que la part des mineurs appréhendés pour un trafic de crack est en baisse au cours de la dernière décennie (7,6 % en 1999 ; 3,0 % en 2007), un tiers des trafiquants et des usagers-revendeurs étant âgés de plus de 30 ans (37,9 %) et près des deux tiers de 18 à 30 ans (59,1 %).

UNE RÉPONSE PÉNALE PLUS SYSTÉMATIQUE ET PLUS VARIÉE

Établies en référence au Code pénal qui ne différencie pas les peines encourues selon le type de stupéfiant, les statistiques judiciaires ne permettent pas de distinguer la fraction des orientations pénales et des condamnations liées à la cocaïne et au crack. Les tendances relevées concernent donc l'ensemble des stupéfiants, même si une part des procédures judiciaires est vraisemblablement imputable à ces deux produits.

Baisse du taux de condamnation des affaires d'usage et hausse des alternatives aux poursuites

Toute interpellation pour usage n'entraîne pas des poursuites judiciaires en tant que telles : l'interpellation peut déboucher sur une condamnation mais, le plus souvent, elle est suivie par d'autres types de mesures que les sanctions classiques prononcées à l'issue de poursuites pénales. Au cours des deux dernières décennies, les sanctions pénales pour usage de stupéfiants se sont diversifiées : elles sont devenues globalement plus systématiques mais moins lourdes (hors de toute circonstance aggravante) [134]. Le taux de condamnation des usagers, c'est-à-dire la part des interpellations sanctionnées in fine par une condamnation judiciaire, tous produits confondus, est passé de 30 % en 1990 à 14 % en 2008, ce qui représente aujourd'hui près de 20 000 condamnations par an pour usage en « infraction principale » (où l'usage est la seule infraction ou bien la plus grave parmi un ensemble d'infractions) [189]. Les usagers sont donc relativement moins souvent condamnés par les

tribunaux qu'il y a quinze ans, mais l'usage de stupéfiants fait l'objet d'un traitement pénal plus systématique, par le biais des mesures alternatives aux poursuites qui concluent aujourd'hui 70 % des affaires d'usage traitées par les parquets [134]. Mesures à composante éducative (rappel à la loi) ou, de plus en plus souvent, sanitaire (classement avec orientation vers une structure de soins, injonction thérapeutique), les alternatives permettent de systématiser la réponse pénale aux infractions de faible gravité en limitant les classements sans suite, sans pour autant multiplier les poursuites.

Diversification des réponses pénales apportées aux usagers de stupéfiants interpellés

La palette des sanctions alternatives appliquées aux usagers de stupéfiants s'est élargie au cours de la dernière décennie. Les rappels à la loi, qui représentaient auparavant le mode de réponse pénale majoritaire à la délinquance d'usage, ont connu un recul marqué : leur part parmi les alternatives aux poursuites est passée de 81,3 % à 73,4 %. Parallèlement, les orientations judiciaires vers une structure de soins ont progressé, notamment grâce à la mise en place des consultations jeunes consommateurs (CJC), qui proposent, depuis la circulaire du 23 septembre 2004, un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis ou d'autres substances psychoactives : les CJC ont ainsi accueilli 45 000 usagers de produits (métropole et DOM) entre 2005 et 2007, en majorité des jeunes et, le plus souvent, dans le cadre d'une orientation judiciaire effectuée au titre d'un usage de cannabis. D'autres types d'usagers de drogues ont cependant

été reçus dans le dispositif : ainsi, la cocaïne (seule ou associée à un autre produit) concernait 2 % du public reçu dans le dispositif à la suite d'une orientation judiciaire. Il s'agissait majoritairement d'adultes de plus de 25 ans [133]. Parmi les autres alternatives aux poursuites qui ont vu leur part augmenter dans le traitement judiciaire réservé aux usagers, les compositions pénales ont progressé au cours de la dernière décennie (0,1 % en 2002 ; 4,4 % en 2008). Procédure de traitement simplifié des actes de petite et moyenne délinquance, la composition pénale a été introduite en France par la loi du 23 juin 1999 et a été élargie aux mineurs de plus de 13 ans par la loi du 5 mars 2007 : elle permet aux parquets de proposer certaines obligations à un délinquant qui reconnaît les faits en contrepartie de l'abandon des poursuites. La composition pénale peut consister en une ou plusieurs mesures : amende, travail non rémunéré au profit de la collectivité et, depuis la loi du 5 mars 2007, « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », payant et obligatoire, pour les consommateurs occasionnels et non dépendants (voir chapitre 6.1). Les stages de sensibilisation peuvent ainsi être prescrits comme mesure alternative aux poursuites, dans le cadre d'une composition pénale ou comme peine complémentaire, pour les usagers occasionnels de tous types de stupéfiants (y compris la cocaïne et le crack).

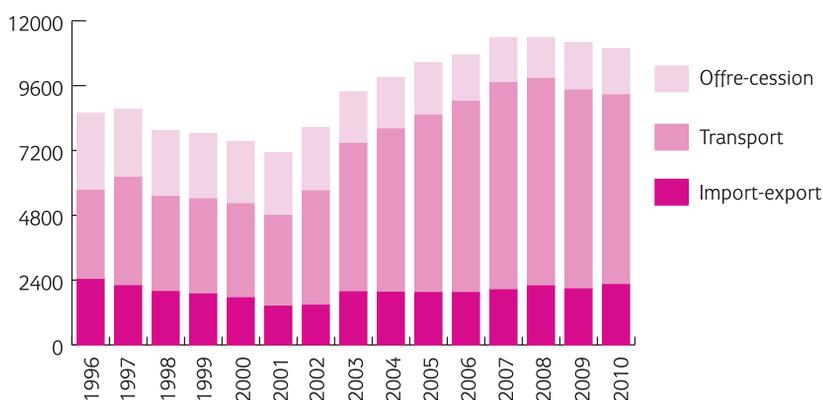
Un difficile repérage statistique des suites judiciaires réservées aux interpellations pour trafic

De la même manière que pour l'usage, le suivi statistique des réponses pénales

apportées à l'usage-revente et au trafic s'avère complexe et impossible à détailler par produit. Premièrement, les infractions liées au trafic sont comptabilisées selon des nomenclatures différentes entre l'étape de l'interpellation, de l'orientation pénale et de la condamnation. Ainsi les interpellations policières au titre du trafic sont-elles enregistrées selon 3 classes (usage-revente, trafic local, trafic international) qui ne correspondent pas aux 4 classes de condamnation de la nomenclature judiciaire : import-export, transport, offre et cession, autres infractions (comprenant notamment le blanchiment). En outre, le traitement pénal des trafiquants est difficile à observer en propre car il est souvent associé à d'autres infractions : moins de 2 % des condamnations pour import-export de stupéfiants sanc-

tionnent une infraction unique, la plupart des condamnations pour trafic faisant l'objet de multi-qualifications. Enfin, les personnes condamnées une année donnée peuvent avoir été interpellées l'année précédente, ce qui biaise le rapprochement des chiffres d'interpellation et de condamnation judiciaire. Compte tenu de ces réserves d'interprétation, on peut confronter deux chiffres : en 2010, 21 894 personnes ont été interpellées pour usage-revente ou trafic et 10 970 ont été condamnées pour transport, import-export ou offre-cession de stupéfiants en infraction principale (figure 4), soit un taux de condamnation judiciaire indicatif de 50 %. Ce taux approximatif est de 24 % pour l'usage de stupéfiants, ce qui suggère que le contentieux du trafic de stupéfiants est plus fortement judiciairisé. En outre,

Figure 4 - Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour des infractions liées au trafic (infraction unique ou non) de 1996 à 2010



Champ : France entière

Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

les peines prononcées pour les infractions d'import-export sont particulièrement sévères, comprenant de plus en plus souvent de l'emprisonnement : la part des peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel parmi les condamnations pour import-export en infraction principale est passée de 69,4 % à 79,3 % au cours des dix dernières années. Les condamnations pour offre et cession de stupéfiants en infraction principale intègrent en revanche une part de peines d'emprisonnement ferme (ou avec sursis partiel) en diminution (47,2 % en 1999, 33,2 % en 2009), au profit des peines d'emprisonnement avec sursis total (de 39,3 % à 48,7 %) et des peines de substitution ou des sanctions éducatives (de 7,7 % à 11,3 %).