



European Monitoring Centre
For Drugs and Drug Addiction



Rapport national 2012 (données 2011)

à l'OEDT

par le point focal français du réseau Reitox

France

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

REITOX

Sous la direction de

Maud Pousset (maud.pousset@ofdt.fr)

Coordination rédactionnelle

Julie-Émilie Adès, Hassan Berber, Anne de l'Eprevier, Christophe Palle, Maud Pousset

Secrétariat de rédaction

Hassan Berber

Contributions

Chapitre 1 : Cristina Díaz Gómez

Chapitre 2 : Marie Line Tovar, Olivier Le Nezet, Stanislas Spilka, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 3 : Carine Mutatayi, Julie-Émilie Adès

Chapitre 4 : Éric Janssen, Agnès Cadet-Taïrou, Olivier Le Nezet

Chapitre 5 : Christophe Palle, Tanja Bastianic, Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 6 : Abdalla Toufik, Éric Janssen, Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Chapitre 7 : Agnès Cadet-Taïrou, Cristina Diaz Gomez, Anne-Claire Brisacier

Chapitre 8 : Sayon Dambélé, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 9 : Ivana Obradovic, Michel Gandilhon

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

Thème spécifique 1 : Cristina Díaz Gómez

Thème spécifique 2 : François Hervé

Selecture

Julie-Émilie Adès, Hassan Berber, Anne de l'Eprevier, Christophe Palle, Maud Pousset

Documentation

Isabelle Michot, Anne de l'Eprevier

Références législatives

Anne de l'Eprevier

Sommaire

RESUMES.....	6
PARTIE A. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES.....	13
1. <i>Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique</i>	13
1.1. Introduction.....	13
1.2. Cadre légal	21
1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre)	21
1.2.2. Textes de mise en application des lois	23
1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	26
1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie	26
1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie	29
1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues	31
1.3.4. Modalités de la coordination.....	32
1.4. Analyse économique	33
1.4.1. Dépenses publiques.....	33
1.4.2. Recettes	35
1.4.3. Coût social	36
2. <i>Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques</i>	37
2.1. Introduction	37
2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)	39
2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)	43
2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local.....	45
3. <i>Prévention</i>	46
3.1. Introduction.....	46
3.2. Prévention environnementale	50
3.3. Prévention universelle.....	58
3.3.1. Milieu scolaire.....	58
3.3.2. Familles	59
3.3.3. Communautés	60
3.4. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques	61
3.4.1. Groupes à risque	61
3.4.2. Familles à risque	61
3.4.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)	62
3.5. Prévention indiquée.....	62
3.6. Campagnes media nationales et locales.....	62
4. <i>Usage problématique</i>	64
4.1. Introduction	64
4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues	65
4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues	68
4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues	68
4.3. Données sur les UPD issues d'autres sources que celles des traitements	68
4.3.1. Données sur les UPD issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (IDT)	68
4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres	74
4.4.1. Description des formes d'usage non couvert par la définition de l'usage problématique de drogues de l'OEDT (parmi les groupes vulnérables)	74
4.4.2. Estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues intensif, fréquent, à long terme et autres non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues (UPD)	74
5. <i>Prise en charge : demande et offre de soins</i>	75
5.1. Introduction	75
5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité	76
5.2.1. Stratégie et politique	76

5.2.2. Systèmes de soins et de prise en charge	78
5.3. Accès aux soins.....	86
5.3.1. Caractéristique des patients pris en charge.....	87
5.3.2. Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA.....	92
6. Conséquences sanitaires	96
6.1. Introduction	96
6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.....	99
6.2.1. VIH/SIDA et hépatites virales B et C.....	99
6.2.2. Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose.....	105
6.2.3. Autres maladies infectieuses	105
6.2.4. Données comportementales	105
6.3. Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues.....	106
6.3.1. Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues	107
6.3.2. Autres	107
6.4. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues	107
6.4.1. Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)	107
6.4.2. Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues.....	108
7. Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues.....	109
7.1. Introduction	109
7.2. Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues	114
7.3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	115
7.4. Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues.....	125
8. Conséquences sociales et réinsertion sociale.....	126
8.1. Introduction	126
8.2. Exclusion sociale et usagers de drogues.....	127
8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues	128
8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés.....	131
8.3. Réinsertion sociale	132
8.3.1. Hébergement.....	133
8.3.2. Éducation et formation	136
8.3.3. Emploi.....	136
9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison.....	140
9.1. Introduction	140
9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues	146
9.3. Infractions à la législation sur les stupéfiants	146
9.4. Autres délits liés à la drogue.....	148
9.5. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues	151
9.6. Interventions dans le système pénal.....	153
9.7. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison.....	154
9.7.1. Marché des drogues illicites en prison.....	156
9.8. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons	158
9.8.1. Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés)	159
9.8.2. Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue	162
9.8.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses	163
9.8.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison	163
9.9. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison	165
10. Marché des drogues	166
10.1. Introduction.....	166
10.2. Disponibilité et offre.....	169
10.2.1. Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité.....	169
10.2.2. Provenance des drogues : production nationale versus production importée	175
10.2.3. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, <i>modi operandi</i> et organisation du marché domestique des drogues.....	175
10.3. Saisies.....	182
10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites	182

10.3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites	184
10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits	184
10.4. Prix/pureté	184
10.4.1. Prix au détail des drogues illicites.....	184
10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites	186
10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues	187
PARTIE B. THEMES SPECIFIQUES.....	189
11. <i>Les traitements résidentiels pour usagers de drogues</i>	189
11.1. Histoire et cadre des politiques publiques.....	189
11.1.1. Histoire des traitements résidentiels	189
11.1.2. Stratégie et cadre réglementaire des traitements résidentiels	192
11.2. Disponibilité et caractéristiques	193
11.2.1. Types et caractéristiques des établissements	193
11.2.2. Les modalités d'intervention.....	201
11.3. Management de la qualité	201
11.3.1. Disponibilité de référentiel et de standards	202
11.4. Discussion et perspectives.....	203
11.4.1. Tendances dans la demande d'accès aux traitements pendant la dernière décennie	203
12. <i>Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues</i>	208
12.1. La Grande récession de 2007-2009	208
12.1.1. Le ralentissement économique global	208
12.1.2. Les mesures économiques gouvernementales pour combattre la récession : une augmentation de la dépense publique pour soutenir l'activité.....	210
12.1.3. Menaces engendrées par la crise de la dette souveraine.....	211
12.1.4. Ressources publiques disponibles pour consommer ou investir	212
12.2. Dépense publique dans les principaux domaines couverts par les interventions liées aux drogues	213
12.2.1. Évolution et répartition de la dépense globale liée aux drogues.....	213
12.2.2. Total des dépenses liées aux drogues et discussion finale	227
PARTIE C. BIBLIOGRAPHIE	231
<i>Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées</i>	231
<i>Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet</i>	239
<i>Liste alphabétique des adresses Internet utiles</i>	240
ANNEXES	242
I - LISTE DES TABLEAUX.....	242
II - LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES	245
III - LISTE DES CARTES	246
IV - LISTE DES REFERENCES LEGALES EN FRANÇAIS	247
V - LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	255
VI - LISTE DES SOURCES	265

Résumés

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

Au cours de la période 2011-2012, les nouvelles dispositions législatives ont principalement porté sur la lutte contre le trafic local et international ainsi que sur l'application des politiques répressives pour les délits d'usage de stupéfiants. En matière de politiques de réduction de la demande, les efforts du législateur ont été consacrés, d'une part, à impliquer la médecine du travail dans la prévention des consommations sur le lieu de travail et, d'autre part, au renforcement du suivi par un professionnel de santé dans le cadre d'une mesure d'injonction thérapeutique. Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre 2011 et 2012 s'inscrivent, pour l'essentiel, dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance de mars 2007, dans celui des conventions cadre internationales en matière de coopération et lutte contre le trafic international et enfin, dans le cadre des dispositions définies aux articles L.5121-1, L.5132-1, L.5132-6, L.5132-7 du Code de la santé publique relatives à l'usage de médicaments et de substances potentiellement dangereuses.

Les orientations nationales de la politique gouvernementale impulsées en 2011 sont définies par le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Le bilan prévisionnel que la MILDt a dressé pour la fin de l'année 2011 faisait apparaître la réalisation de la quasi-totalité des objectifs du plan gouvernemental. Par ailleurs, entre 2011 et 2012, trois autres plans nationaux ont intégré et renforcé les mesures sanitaires impulsées dans le cadre du Plan de 2008-2011 : le Plan « hépatites » 2009-2012, le Plan « cancer » 2009-2013 et le nouveau Plan « personnes détenues » 2010-2014, porté par le ministère de la Santé et des Sports avec le concours du ministère de la Justice.

Les dépenses publiques attribuables à la mise en œuvre de la politique des drogues de l'État et de l'Assurance maladie en 2010 sont évaluées approximativement à 1 510 M€. Cette estimation ne tient pas compte des dépenses attribuables aux services de l'administration pénitentiaire ni des principales dépenses de santé à l'hôpital ou en médecine de ville. Ces catégories de dépenses ont été estimées dans le cadre d'études précédentes. Ainsi, Kopp et Fénoglio évaluent les dépenses attribuables aux traitements de pathologies imputables aux drogues à 21,58 milliards d'euros (toutes drogues confondues) ; les coûts supportés par l'administration pénitentiaire étaient évaluées à 0,25 milliards d'euros en 2003. Si l'on prend en compte le taux d'inflation depuis 2003, ces catégories de dépenses atteindraient 26,66 milliards d'euros et 0,25 milliards d'euros respectivement. En incluant ces estimations actualisées avec le taux d'inflation, le dépenses publiques pour les dépenses en santé et en prison, la dépense totale serait proche de 28 milliards d'euros en 2010, toutes drogues confondues (tabac, alcool et drogues illicites). Sur cette base, le total de la dépense publique attribuable aux drogues représente en gros 1,5 % du PIB en 2010 (le PIB s'élève à 1 931,4 milliards d'euros en 2010) ou encore 6,6 % du budget de l'État, soit une dépense de 435,37 euros par habitant. Les bénéfices de la vente des biens confisqués par des procédures pénales d'affaires de stupéfiants sont affectés à un fonds de concours « stupéfiants » géré par la MILDt. Il a été alimenté à hauteur de 21 M€ en 2010 et de 23 M€ en 2011. Le fonds de concours a représenté en 2010 une recette pour la MILDt de 11 M€ et de 12 M€ en 2011. Cette somme est redistribuée aux ministères chargés de la mise en œuvre de la politique des drogues.

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

Les dernières données disponibles en population générale sont celles issues du Baromètre santé 2010 de l'INPES, ainsi que des enquêtes en population adolescente et en milieu scolaire (ESCAPAD 2011, ESPAD 2011 et HBSC 2010).

Les données en population générale âgée de 15 à 64 ans traduisent une stabilisation globale des niveaux d'usage du cannabis au cours des 12 derniers mois (autour de 8,3 %). La hausse automatique de l'expérimentation de cannabis est liée à un effet de stock des générations anciennes de fumeurs. Parmi les produits plus rares, la cocaïne enregistre une hausse significative de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année (respectivement de 2,4 % à 3,6 % et de 3,8 % à 5,2 %). L'enquête révèle par ailleurs une hausse significative de l'expérimentation d'héroïne, passant de 0,8 % à 1,2 %, et des champignons hallucinogènes (de 2,6 % à 3,1 %), alors qu'au contraire l'ecstasy est en recul.

Concernant les jeunes de 11 à 17 ans, les très jeunes sont très peu concernés par les consommations de drogues illicites (expérimentation inférieure à 6,4 % à 13 ans). À partir de 15 ans, le cannabis reste le produit le plus consommé par les jeunes Français. Parmi les autres drogues illicites, les poppers, les produits à inhale et les champignons hallucinogènes sont les plus expérimentés (à 17 ans, 9,0 %, 5,5 % et 3,5 % respectivement, contre 44,4 % pour le cannabis).

3. Prévention

En matière d'alcool et de tabac, la politique de prévention s'appuie largement sur une stratégie environnementale, essentiellement instaurée par le législateur. Ainsi, outre les mesures d'éducation pour la santé, elle repose sur le contrôle des prix (via la fiscalité), de la vente (composition, conditionnement), de la distribution et de l'usage (chez les plus jeunes, dans certains lieux ou certaines situations), ainsi que sur la restriction de la publicité.

Au terme du plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011, l'année 2011 n'a pas donné lieu à de nouveaux développements en matière de prévention. Le milieu scolaire (principalement l'enseignement secondaire) reste le lieu privilégié de la prévention universelle, même si le plan affiche des objectifs spécifiques dans le milieu étudiant, les espaces des loisirs sportifs et culturels et les quartiers dits « sensibles », et que des outils ont été développés à l'intention du monde du travail. La politique actuelle encourage également le développement du rôle des adultes référents dans la prévention.

La prévention sélective des usages est étroitement liée à celle du trafic de drogues ou de la récidive. Les mesures de prévention indiquée recourent largement les dispositifs judiciaires s'adressant aux usagers de drogues. Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants peuvent être proposés aux personnes interpellées pour usages (voir aussi chapitre 9.1.1 et 9.4.1). Les « consultations jeunes consommateurs » sont dédiées aux jeunes consommateurs et à leurs parents.

Enfin, le volet communication du plan gouvernemental 2008-2011 comprend plusieurs campagnes média. Parmi les thématiques principales, sont ciblés le rôle des parents et de l'entourage dans la prévention de l'usage chez les adolescents, le rappel de l'interdit légal ou encore les dommages que consommation et trafics représentent pour l'ensemble de la société.

4. Usage problématique

Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » a été lancée fin 2010 dans 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Les données de prévalence recueillies dans ces différentes villes ont permis de réaliser une nouvelle évaluation du nombre d'usagers problématiques de drogues en 2011. Les différentes méthodes d'estimation conduisent à une fourchette de valeur assez large, située entre 275 000 et 360 000 personnes. Les prévalences moyennes estimées en 2011 par les différentes méthodes semblent être en augmentation. Il est cependant difficile de conclure à une augmentation compte tenu de la largeur des intervalles de confiance qui se recoupent très largement pour ces deux années.

L'étude ENa-CAARUD 2010 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers problématiques de drogues qui fréquentent en 2010 les structures de réduction des risques :

- près de la moitié de ces usagers ont des conditions de logement instables (sans domicile fixe, squats) ;
- un usager sur cinq ne dispose d'aucun revenu licite ; la moitié vit de revenus de solidarité sociale (principalement RSA, AAH)
- environ 15 % d'entre eux a connu en 2010 un épisode d'incarcération.

En ce qui concerne les consommations de substances dans le mois passé, un tiers des usagers a pris de l'héroïne, près de 40 % de la BHD (75 % dans le cadre d'un traitement de substitution), et 46 % de la cocaïne sous forme chlorhydrate ou basée. D'après le système d'observation TREND, on note une extension de la consommation d'héroïne, de plus en plus consommée par inhalation à chaud (chasse au dragon), une extension de la consommation de cocaïne sous sa forme base et un accroissement de la disponibilité et de l'usage de la kétamine.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2011 dans les centres en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. Comme les années précédentes, leur âge moyen continue de progresser, passant ainsi de 28,0 ans à 30,9 ans entre 2005 et 2011, avec une progression importante de la part des 40 ans et plus et une diminution des 20-24 ans. La répartition des usagers suivant les produits posant le plus de problèmes est restée assez stable. En 2011, 48 % des nouveaux patients sont pris en charge en raison de leur consommation de cannabis, 41 % pour celle d'opiacés et 6,5 % pour celle de cocaïne ou de crack.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés, près de 145 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour ces médicaments durant le deuxième semestre 2010 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD qui représente 75 % de l'ensemble.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990. En 2010, parmi les nouveaux cas de sida, 6 % étaient diagnostiqués chez des UDVI (versus 25 % des personnes diagnostiquées au milieu des années 1990 et 8 % en 2008).

La prévalence de l'infection au VIH et au VHC semble diminuer depuis plusieurs années, autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues. La prévalence déclarée du VHC parmi les UDVI reste cependant encore élevée : elle se situe autour de 40 % à la fin des années 2000, alors que le pourcentage des UDVI ignorant leur séropositivité reste certainement aujourd'hui important.

Selon les dernières données disponibles, le nombre de décès par surdose augmente encore en 2009 (305 décès chez les 15-49 ans), prolongeant ainsi la tendance à la hausse observée depuis 2003. Entre 2006 et 2009, l'accroissement du nombre de surdoses semble spécifiquement lié à une augmentation du nombre de décès par surdose à l'héroïne mais aussi à la méthadone.

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

Un dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a été créé en 2006. Il vise à repérer les signaux permettant de détecter la survenue anormale de problèmes de santé aigus liés à la consommation de substances et à diffuser dans ce cas des messages d'alertes. Ce dispositif est pleinement opérationnel depuis 2008.

La prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues repose sur la politique de réduction des risques, incluant notamment la diffusion de matériel d'injection stérile à usage unique, d'informations sur les risques liés à l'usage de drogue et l'accès au traitement de substitution aux opiacés. Elle repose également sur l'incitation au dépistage du VIH, VHC et VHB et l'incitation à la vaccination contre le VHB.

En 2008, le nombre de seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues était estimé à 14 millions, en baisse constante depuis 1999, suggérant une moindre fréquence de l'injection. En matière de dépistage, la part des usagers de drogues ayant pratiqué un test de dépistage pour le VIH et le VHC, qui augmentait, semble stagner entre 2008 et 2010. Durant cette même période, l'accès au traitement pour les usagers de drogues infectés par le VHC a progressé.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Les indicateurs relatifs à la situation sociale des usagers accueillis dans les CSAPA et les CAARUD vont plutôt en 2011 dans le sens d'un léger recul de la précarité. Cette évolution pourrait cependant provenir d'une augmentation de l'âge moyen et de la proportion de personnes vues en raison de leur consommation d'alcool dans les CSAPA et de difficultés d'inclusion dans l'enquête des usagers les plus précaires dans les CAARUD.

Il existe en France des politiques d'insertion destinées à l'ensemble des personnes défavorisées en situation d'exclusion. Permettre aux usagers de drogues de bénéficier de ces politiques en les accompagnants dans les démarches administratives parfois complexes est une première phase importante dans l'aide à la réinsertion.

La problématique de l'emploi est celle qui mobilise le plus les structures de soins. Certains centres mettent en place des activités dites « occupationnelles » dans le cadre d'ateliers qui ont avant tout une visée thérapeutique. La question de l'insertion professionnelle proprement dite est en général abordée au travers de mesures permettant d'instaurer un dialogue et des formes de coordination et de travail en réseau entre les centres de soins et les entreprises d'insertion.

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

En 2011, le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants s'est élevé à un peu plus de 143 000, chiffre en progression par rapport à 2010 (+ 6 %). Ces interpellations représentent 89 % du total des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 11 % restants sont des interpellations pour usage-revente, trafic international et trafic local, qui sont en revanche en diminution par rapport à 2010 (- 20 % pour l'usage-revente ; - 17 % pour le trafic international ; - 16 % pour le trafic local). Le cannabis est à l'origine de 90 % des interpellations pour usage et 70 % de celles pour trafic et usage-revente.

Le nombre de condamnations pour ILS a doublé entre 1990 et 2010, pour atteindre le chiffre de 50 000, dont plus de 28 000 pour usage simple. Ce sont les condamnations pour ce dernier type d'infraction qui ont le plus progressé, puisque leur nombre a plus que triplé depuis 1990, avec une hausse particulièrement marquée depuis 2004 (+ 16 % de hausse moyenne annuelle).

Dans le domaine de la sécurité routière, les condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants ont elles aussi fortement augmenté au cours des dernières années (12 428 en 2010, contre 8 988 en 2009 et moins de 6 600 en 2008), ce qui représente une hausse de 38 % par rapport à l'année précédente. Parmi celles-ci, environ 34 % ont entraîné une peine de prison (le plus souvent avec sursis), près de la moitié une amende (proportion en hausse) et 17 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

L'éventail des alternatives aux poursuites proposé aux délinquants toxicomanes a été étendu depuis la loi du 5 mars 2007 : les personnes interpellées en situation d'usage ou de détention de cannabis peuvent se voir ordonner d'effectuer un stage payant et obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Entre 2008 et 2011, 18 000 à 19 000 personnes ont effectué ce type de stage.

10. Marché des drogues

En prenant en compte le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, le chiffre d'affaire réalisé sur le marché des drogues illicites se situerait, selon certaines estimations, autour de 3 milliards d'euros. En 2011, la valeur estimée des stupéfiants saisis sur le territoire français s'élèverait à plus d'un milliard d'euros, ce qui représente une augmentation de 65 % par rapport à l'année 2010.

La disponibilité et l'accessibilité de substances comme l'héroïne et la cocaïne a été élevée en 2011. Cette situation est notamment favorisée par la forte implantation des réseaux importateurs d'héroïne en provenance d'Afghanistan via l'Europe balkanique et la reconversion en cours de certaines organisations investies dans le trafic de résine de cannabis en direction du chlorhydrate de cocaïne. En outre, la proximité des pays de stockage (Belgique, Pays-Bas, Espagne) de ces deux substances permet un approvisionnement direct, auprès des grossistes installés au-delà des frontières. Sont concernés notamment les centaines de micro-réseaux de deal, animés pour l'essentiel par des usagers-revendeurs, qui assurent ainsi une diffusion en profondeur de la cocaïne et de l'héroïne sur la totalité du territoire français – zones rurales et périurbaines comprises.

Deux phénomènes méritent également d'être retenus en 2011. Le premier concerne le développement du phénomène des *cannabis factories* sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique qui voit des groupes criminels structurés se lancer dans la production d'herbe à grande échelle. Le second touche au marché des drogues de synthèse, bouleversé ces dernières

années par l'apparition incessante de *nouvelles substances psychoactives* (NSP) utilisant le vecteur Internet pour se diffuser. Parfois non classées au moment de leur apparition, ces substances sont qualifiées de *designer drugs, research chemicals* ou *legal highs*.

Thème spécifique 1

Nés dans l'ambiance communautaire et contre culturelle du début des années 1970, les centres de traitement résidentiel se sont développés en suivant différentes approches, les pouvoirs publics se montrant ouverts aux expérimentations. Ces centres se sont ensuite progressivement professionnalisés dans les années 1980 mais leurs missions n'ont cependant été clairement définies qu'au début des années 1990 : un décret indique que la prise en charge doit être assurée sur le plan médical, psychologique, sociale et éducative. Ces centres accueillant principalement des usagers d'opiacés après une cure de sevrage occupaient jusqu'alors une place centrale dans la prise en charge des usagers de drogues. L'évolution des consommations, des publics concernés, le choc du sida, l'implication de la médecine de ville, permise par le développement des traitements de substitution ont modifié cette situation, le traitement ambulatoire devenant la norme. Les centres de traitement résidentiels sont dès lors conduits à s'intégrer dans les réseaux, à se médicaliser et à accepter la prise en charge d'usagers suivant des traitements de substitution et à redéfinir leur action en direction de publics pour lesquels le traitement ambulatoire apparaît insuffisant. Cette évolution conduit à terme à devoir mieux définir les critères d'orientation vers les structures de traitement résidentiel. Les années 2000 ont été marquées par la prise en compte par les pouvoirs publics de besoins en terme de soins résidentiels, et la relance des communautés thérapeutiques, suscitant jusqu'alors une certaine méfiance en France suite aux dérives sectaires d'une association maintenant disparue qui en gérait plusieurs. Afin de répondre à des besoins différents, les dispositifs de traitement résidentiel se sont diversifiés. Parallèlement aux traitements résidentiels collectifs (centres thérapeutiques résidentiels et Communautés thérapeutiques, centre d'accueil rapide et de court séjour pour la prise en charge des usagers de drogues et d'alcool à leur sortie de détention), il existe également des modalités individuelles de traitement résidentiel : appartements thérapeutiques relais, familles d'accueil.

Il n'existe pas à ce jour de guide de bonnes pratiques ou de référentiels reconnus par les pouvoirs publics quant aux modalités de mise en œuvre des missions des établissements médico-sociaux. Toutefois, à l'initiative de la fédération professionnelle rassemblant les intervenants de ce secteur, ces documents sont en cours d'élaboration. Les approches thérapeutiques restent en France largement diversifiées. Les centres définissent chacun leur projet qui doit correspondre aux grandes modalités de prise en charge fixées par les pouvoirs publics mais qui spécifie les approches thérapeutiques choisies, et dans certain cas le public ciblé. Le renouveau des communautés thérapeutiques a été l'occasion d'une réflexion sur la prise en charge spécifique à ce type d'institution : structuration du séjour en phase suivant l'avancement du résidant dans sa capacité à gérer les tâches qui lui sont confiées ; rôle central du groupe ; principe de responsabilisation.

Le traitement résidentiel et les organisations qui le portent sont aujourd'hui confrontés à différents changements : la diffusion récente en France du concept d'addiction qui conduit à l'accueil dans les mêmes centres de traitement résidentiels des personnes en difficulté avec les drogues illicites et/ou avec l'alcool ; le développement des consommations de cocaïne, de crack et de stimulants, qui interrogent les modèles thérapeutiques mis en place principalement pour les consommateurs d'opiacés ; la crise économique qui fragilise les populations particulièrement vulnérables d'usagers de drogues et génère des situations de sur-exclusion. Autant d'évolutions qui nécessitent que les dispositifs résidentiels s'adaptent à ces nouvelles réalités.

Thème spécifique 2

Ce chapitre expose les tendances récentes de la dépense publique (la répression et la sécurité, les soins et la prévention) et discute en particulier la fiabilité des données recueillies. Il tente d'examiner à quel point la récession de 2007-2009 a eu un impact sur les dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues et de prévention des addictions en France. La première partie du chapitre expose le contexte économique qui a précédé l'entrée en récession de la France (forte chute des exportations, faible niveau d'investissement privé, forte hausse du chômage, etc.) et décrit comment cette situation a incité le gouvernement à augmenter la dépense publique pour soutenir l'activité, approfondissant ainsi la crise de la dette souveraine. Ensuite, le chapitre expose les tendances récentes de la dépense publique de la politique de lutte contre les drogues en ce qui concerne la répression et la sécurité, les soins et la prévention et discute en particulier des méthodes d'estimation des données présentées.

La dernière partie du chapitre montre l'évolution des dépenses concernant les interventions de prévention universelle ou sélective qui ont été drastiquement réduites après la crise. Les coupes les plus importantes dans les dépenses ont concerné le secteur de la prévention, qui a connu en 2010 une réduction très significative de ses fonds. Les augmentations de dépenses ont été enregistrées pour la politique de réduction de l'offre. Pourtant, même cette augmentation a connu une décélération entre 2009 et 2010. Enfin la décélération de la dépense publique affecte également les interventions dans le domaine de la santé et de la prévention indiquée.

Partie A. Nouveaux développements et tendances

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

1.1. Introduction

Définitions

L'usager de stupéfiants est celui qui consomme un produit stupéfiant. L'autorité judiciaire assimile souvent la détention de petites quantités à l'usage, ainsi que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle.

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

Outils de collecte des données

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

Contexte

Deux types de régimes juridiques régissent les drogues en France. L'usage, la détention et l'offre des drogues licites (alcool, tabac) sont réglementés, sans être interdits. À l'inverse, les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, etc.) classées comme stupéfiants¹, sont soumises à un régime d'interdiction fixé pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions ont été intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. La loi du 31 décembre 1970² réprime usage et trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant (sans différenciation selon le produit). Elle n'établit aucune distinction entre l'usager et le revendeur. La loi de 1970 considère l'usager comme délinquant et comme malade. La réglementation garantit l'accès totalement gratuit aux structures spécialisées (CSAPA³,

¹ La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale. L'AFSSAPS est devenue ANSM depuis.

² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

³ Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

CAARUD⁴ et CT⁵) et aux centres de dépistage⁶ du VIH et des hépatites rattachés aux établissements de santé (CDAG⁷ et CIDDIST⁸). Depuis la circulaire du 9 novembre 2009⁹, les usagers de drogues peuvent également bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B dans les CDAG. Les personnes sans ressources ou à faible niveau de revenu peuvent aussi accéder gratuitement à la médecine de ville et à l'hôpital.

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

La vaccination contre l'hépatite B et le dépistage des hépatites virales sont gratuits et anonymes¹⁰ lorsqu'ils sont effectués dans un CSAPA (art. L.3411-4 du CSP). Les usagers de drogues accueillis dans un CDAG ou un CIDDIST ne sont pas tenus de révéler leur identité. En cas de nécessité thérapeutique, depuis l'adoption de la loi HPST de juillet 2009¹¹ (art. 108), le médecin du CDAG ou du CIDDIST peut faire lever l'anonymat, sous réserve du consentement explicite expresse et éclairé du patient. Cette disposition¹² vise à améliorer l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire dans certaines situations cliniques (art. L3121-1 du CSP). De plus, s'ils le demandent expressément, les usagers de drogues qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé peuvent bénéficier de l'anonymat dès l'admission (art. L3414-1 du CSP).

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

Usage de stupéfiants

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

Aux termes de l'article L.3421-1 du Code de la santé publique (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an

4 Centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues.

5 Communautés thérapeutiques.

6 Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

7 Centre de dépistage anonyme et gratuit.

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

9 Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B (BO Santé, protection sociale et solidarités n°12 du 15 janvier 2010, pp. 289-292).

10 Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (NOR BCFX07663ML), art. 72.

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

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

d'emprisonnement et d'une amende d'un montant maximal de 3 750 €. Cependant, l'article L.3411-1 prévoit une procédure spécifique d'injonction thérapeutique, autorisant le procureur à suspendre les poursuites contre un usager de stupéfiants à condition qu'il accepte de se faire soigner.

Les orientations de la politique pénale de lutte contre la toxicomanie ont été redéfinies par de nombreuses circulaires du ministère de la Justice depuis le début des années 1970. Selon les périodes, elles mettent l'accent sur l'amélioration du soin ou, au contraire, sur une répression plus efficace de l'usage. La circulaire du 17 juin 1999¹³ a ainsi appelé les procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus diversifiées » pour les usagers interpellés, à tous les stades de la procédure pénale, en réservant les peines de prison aux cas extrêmes et en ultime recours. Les alternatives aux poursuites de type sanitaire étaient donc fortement encouragées et mieux réalisées : injonction thérapeutique exclusivement pour les usagers de drogues dépendants, rappel à la loi pour les consommateurs occasionnels (notamment de cannabis), classement avec orientation vers une structure sociosanitaire pour les autres types de comportements d'usage.

Cette loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007¹⁴ renforce les dispositions répressives sur les usagers de drogues. D'abord, elle donne au juge la possibilité de traiter les infractions à la législation sur les stupéfiants par un mode procédural simplifié et accéléré, de façon à systématiser la réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Elle introduit une nouvelle sanction *ad hoc*, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, obligatoire et payant (450 € maximum, montant d'une contravention de 3^{ème} classe). Prévu par l'article L.131-35-1 du Code pénal et par les articles R131-46 et R131-47 du Code pénal en application du décret du 26 septembre 2007¹⁵, il doit faire prendre conscience à l'usager des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants ainsi que des incidences sociales d'un tel comportement. Le stage peut être proposé par le ministère public au titre de mesure alternative aux poursuites et de la composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée dans le cadre de l'ordonnance pénale et à titre de peine complémentaire. Elle est applicable à tous les majeurs et aux mineurs de plus de 13 ans¹⁶.

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

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

13 Circulaire du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR JUSA9900148C).

14 Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (INTX0600091L).

15 Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le Code pénal et le Code de procédure pénale (NOR JUSD0755654D).

16 Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR JUSD0811637C).

la loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011 prévoit que tout autre professionnel de santé puisse donner un avis motivé à l'autorité judiciaire de l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique et de garantir le suivi de la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique (articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique). Il doit impérativement disposer de l'habilitation prévue par les autorités compétentes. Cette habilitation doit notamment résulter de la justification d'une formation ou d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prise en charge des addictions.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

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

La loi du 3 février 2003¹⁷ a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende, portée à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool. La loi du 18 juin 1999¹⁸ et son décret d'application (du 27 août 2001)¹⁹ ont instauré un dépistage de l'usage de stupéfiants obligatoire sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Depuis l'adoption en 2011 de la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure²⁰ (dite LOPPSI 2) et sa circulaire d'application²¹ du 28 mars 2011, le dépistage de l'usage de produits stupéfiants est désormais obligatoire en cas d'accident corporel de la circulation, qu'il soit mortel ou non. De plus, la circulaire du 28 mars 2011 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière donne la possibilité, sur réquisition du procureur de la République, de contrôles aléatoires d'usage de stupéfiants sur l'ensemble des automobilistes (art. L.235-2 du Code de la route, modifié par l'article 83 de la LOPPSI).

Usage de stupéfiants en milieu professionnel

La loi aggrave les sanctions pénales applicables aux salariés dépositaires de l'autorité publique (ou chargés d'une mission de service public ou encore relevant de la défense nationale) pris en infraction d'usage de drogues. Ils encourtent désormais une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant maximal de 75 000 €. Les personnels des entreprises de transport public pris en infraction d'usage dans l'exercice de leurs fonctions encourtent ces peines, auxquelles s'ajoutent des peines complémentaires d'interdiction professionnelle et l'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 est venue modifier l'article L. 4622-2 du Code du travail sur le rôle de la médecine du travail auprès des employeurs, des travailleurs et leurs représentants afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue.

17 Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (NOR JUSX0205970L).

18 Loi n°99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs (NOR EQUX9800010L).

19 Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route (NOR EQUS0100214D).

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

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

Trafic de stupéfiants

Le régime de répression du trafic de stupéfiants a été durci depuis la fin des années 1980. Des circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou encore dans les locaux de l'administration. Le dispositif législatif prévoit ainsi des peines distinctes selon le type d'infraction liée au trafic. Les peines minimales sanctionnent l'offre et la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986)²². Les peines maximales, elles, peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 M€ (loi du 16 décembre 1992)²³ pour certaines affaires de blanchiment (tel qu'il est défini dans la loi du 31 décembre 1987²⁴ et qualifié en infraction criminelle par les lois du 23 décembre 1988²⁵, du 12 juillet 1990²⁶ et du 13 mai 1996²⁷).

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

La loi du 9 mars 2004²⁸ instaure, pour l'auteur d'infraction allant de l'offre à toutes les formes de trafic, des réductions de peines encourues si, « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, celui-ci a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables ». Cette possible exemption de peine pour les « repentis » du trafic est nouvelle dans la procédure pénale française. La loi a étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient pour le trafic (application de la peine de confiscation aux cas de cession et offre de stupéfiants).

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

22 Loi n°86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social.

23 Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur (NOR JUSX9200040L).

24 Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal (NOR JUSX8700015L).

25 Loi n°88-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989 (NOR ECOX8800121L).

26 Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants (NOR ECOX9000077L).

27 Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime (NOR JUSX9400059L).

28 Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (NOR JUSX0300028L).

Enfin, la loi n° 2010-768 (dite loi Warsmann)²⁹ a instauré une nouvelle procédure pénale permettant de saisir et confisquer le patrimoine des trafiquants de stupéfiants en cours d'enquête.

Trafic de produits chimiques précurseurs de drogues

La fabrication et le commerce de produits chimiques susceptibles d'être utilisées à des fins d'extraction de drogues ou de fabrication de produits de synthèse sont contrôlés en France depuis la loi du 19 juin 1996³⁰. Cette loi s'inscrit dans le cadre la réglementation européenne en vigueur relative à la lutte contre le détournement de matières premières d'emploi courant dans l'industrie chimique pour alimenter les réseaux de trafic de stupéfiants. La loi classe les produits chimiques soumis à contrôle en trois catégories, dont la liste est fixée par décret. Elle oblige les entreprises impliquées dans la production, le commerce ou le transport des produits contrôlés à disposer d'un agrément du ministère de l'Industrie³¹. La Mission nationale de contrôle de précurseurs chimiques (MNCPC) est chargée de livrer les agréments et de les renouveler.

Substitution aux opiacés

La France est parmi les pays de l'Union européenne à avoir introduit le plus tardivement les traitements de substitution aux opiacés. La méthadone n'a en effet cessé d'être strictement expérimentale qu'au milieu des années 1990, par son autorisation de mise sur le marché en 1995³². La mise sur le marché de la méthadone a été suivie quelque mois plus tard par celle de la buprénorphine haut dosage (BHD) en juillet 1995. Le Subutex® est commercialisé depuis février 1996 dans le traitement par la BHD. Des génériques ont été mis sur le marché à partir de 2006. Considéré comme plus sûr que la méthadone (d'ailleurs non classé parmi les stupéfiants), le Subutex® pouvait être prescrit par tout médecin en dehors des centres spécialisés : ce cadre de prescription souple, alors que la méthadone était réservée – tout au moins pour la phase initiale du traitement – aux centres spécialisés, a conduit à un développement important de la substitution par BHD, qui représente environ 85 % du « marché » total des médicaments de substitution. C'est ce qui explique qu'une deuxième « porte d'entrée » vers la substitution, par l'intermédiaire des établissements de santé, ait été ouverte avec la circulaire du 30 janvier 2002³³ autorisant tout médecin exerçant en établissement de santé à initialiser un traitement par la méthadone. Cette possibilité était jusque là réservée aux médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Depuis 1993, plusieurs textes officiels et circulaires ont été publiés afin d'équilibrer la prescription et la dispensation des traitements de substitution en France. En avril 2008³⁴, les autorités de santé ont durci les conditions de prescription et de délivrance de la buprénorphine

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

30 Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes (NOR INDX9500023L).

31 Décret n°96-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes (NOR INDD9600699D).

32 Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.

33 Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).

34 Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du Code de la sécurité sociale (NOR SJSP0808150A).

afin de lutter contre son détournement. Pour obtenir un remboursement, le patient doit désormais obligatoirement signaler à son médecin le nom du pharmacien qui délivrera le médicament. Quant au médecin, il doit mentionner sur la prescription le pharmacien désigné. Depuis l'arrêté du 1^{er} avril 2008, non seulement l'inscription du nom du pharmacien sur les ordonnances est obligatoire, mais aussi la mise en place d'un protocole de soins en cas de mésusage. Par ailleurs, l'AFSSAPS a mis en place un plan de gestion de risques pour chacune des spécialités de BHD commercialisées.

Cadre légal de la réduction des risques

La politique de réduction des risques pour les usagers de drogue relève de l'État (article L.3121-3 du Code de la santé publique modifié par la loi du 13 août 2004, art. 71³⁵). Elle vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose d'injection de drogue par voie intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. La loi du 9 août 2004³⁶ créant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques (article L3121-5 du Code de la santé publique). Les CAARUD³⁷ assurent ainsi l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé, le soutien aux usagers pour l'accès aux soins (qui inclut l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité), l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers. Les CAARUD mènent des médiations sociales pour une bonne intégration dans le quartier et pour prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Leur coordination avec les autres structures a été précisée par circulaire³⁸.

Depuis mai 1987³⁹, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies, les officines à usage interne des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet. Depuis mars 1995⁴⁰, elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé (article D. 3121-27 du Code de la santé publique). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (art. D.3121-28 du Code de la santé publique). Cependant, ni les pharmaciens ni

35 Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (NOR INTX0300078L).

36 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (NOR SANX0300055L).

37 Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) (NOR SANP0524015D).

38 Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie (NOR SANP 0630016C).

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

40 Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie (NOR SPSP9500414D).

les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis la suspension, opérée en 1987, des dispositions du décret de 1972.

À proximité immédiate des structures de réduction des risques ou des lieux d'échange de seringue (par exemple, des programmes d'échange de seringues, PES, en pharmacie), il n'est pas légal de recourir à une interpellation au seul chef d'usage de stupéfiants. D'ailleurs, le seul port d'une seringue n'est pas reconnu comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue a été élaboré (art. D. 3121-33 du Code de la santé publique) et approuvé par le décret du 14 avril 2005⁴¹. Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Orientations de la stratégie nationale de lutte contre les drogues

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

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

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

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

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

41 Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique (NOR SANP0521129D).

Le calendrier électoral pour 2012 a fait repousser l'adoption de la stratégie gouvernementale 2012-2015 de lutte contre les drogues et de prise en charge des addictions.

Le plan précédent (2004-2008) était inspiré par une politique orientée prioritairement vers les jeunes et vers la prévention, visant notamment à « casser l'expansion du cannabis » parmi les adolescents et les jeunes adultes. Sans y renoncer, le Plan 2008-2011 insiste sur l'application de la loi à travers des campagnes de communication ciblées. Ce plan s'inscrit dans la continuité du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du ministère de la Santé adopté en novembre 2006⁴² qui vise à structurer l'offre et à renforcer les dispositifs existants (hôpitaux, centres médico-sociaux, ville).

Budget et dépenses publiques

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, les crédits du budget général de l'État alloués aux administrations publiques sont présentés par mission et par programme. Dans la lutte contre les drogues, l'État met en œuvre une trentaine de programmes ministériels. Il est ainsi possible de retracer sa politique même au sein d'actions plus larges. Les crédits attribués à la MILDt au titre du programme 129, « coordination du travail gouvernemental », y sont inclus. Ce n'est pas le cas des dépenses de l'Assurance maladie (AM), néanmoins identifiables. La contribution de l'AM finance les structures d'addictologie et l'hôpital dans leurs missions auprès des usagers problématiques de drogues et sert également au remboursement des médicaments de substitution aux personnes sous traitement. Les dépenses publiques engagées dans la politique de prévention, de soins et de réduction de l'offre en matière de drogues ont fait l'objet de plusieurs études en France⁴³. La plus récente évaluation des dépenses publiques attribuables aux drogues a été réalisée en 2012 sur les crédits consommés pour la période entre 2008 et 2010 (voir 1.4.1. et Selected Issue).

1.2. Cadre légal

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

En France, les efforts du législateur ont été consacrés en 2011-2012 à la lutte contre le trafic local et international et au renforcement de l'application des politiques répressives pour les délits d'usage de produits stupéfiants. En matière de politiques de réduction de la demande, les nouvelles dispositions législatives ont porté sur la prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu du travail et l'implication du professionnel de santé lorsqu'une mesure d'injonction thérapeutique est prononcée par l'autorité judiciaire.

Politiques répressives pour les délits d'usage de stupéfiants

Depuis l'adoption de la **loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011**⁴⁴, en cas de délit d'usage de stupéfiants, le Code de procédure pénale permet au ministère public d'avoir recours à une

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

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

44 Loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles (NOR JUSX1002218L).

procédure simplifiée. Le ministère public doit pourtant s'assurer que les faits reprochés au détenu sont simples et établis par l'enquête de police et qu'il ne paraît pas nécessaire, compte tenu de la faible gravité des faits, de prononcer une peine d'emprisonnement ou une peine d'amende d'un montant maximal de 3 750 € (peine fixée par l'article L.3421-1 du Code de la santé publique). En cas de procédure simplifiée, la personne interpellée peut encourir une amende d'un montant maximal de 1 875 € conformément à l'article 495-1 du Code de procédure pénale. Si le juge chargé de l'affaire estime qu'une peine d'emprisonnement devrait être prononcée, le juge renvoie le dossier au ministère public.

Au delà des peines applicables, le législateur s'est également prononcé sur la nouvelle politique d'exécution des peines à destination des cours d'appel et des tribunaux de grande instance. La **loi n°2012-409 du 27 mars 2012⁴⁵** fixe ainsi le nouveau cadre d'orientation donné aux juridictions répressives. Trois objectifs majeurs sont visés par ce texte de loi :

- Garantir la célérité et l'effectivité de l'exécution des peines prononcées, notamment des peines d'emprisonnement ferme ;
- Renforcer les capacités de prévention de la récidive ;
- Améliorer la prise en charge des mineurs délinquants.

Parmi d'autres mesures, la loi du 27 mars 2012 prévoit la dématérialisation des dossiers et une meilleure transmission de l'information entre les acteurs de la chaîne pénale et donc une plus grande réactivité tout au long de la chaîne pénale, ainsi qu'une sécurisation des informations transmises. Près de 284 M€ de crédits d'investissement sont programmés au titre de ces différents projets.

[Simplification de l'échange de renseignements entre les services répressifs des États membres de l'UE](#)

L'ordonnance n°2011-1069 du 8 septembre 2011⁴⁶ vient transposer la décision cadre 2006/960 du Conseil sur l'échange de renseignement entre les services répressifs des États membres de l'UE. Elle vise à simplifier la transmission des informations pour rassembler les preuves ou rechercher les auteurs avec célérité sur le territoire européen en cas d'infraction.

[Renforcement de la surveillance pour la lutte contre le trafic local](#)

La sécurité intérieure a été un autre champ d'action du législateur sur la période. Le trafic de stupéfiants est ainsi visé par **l'ordonnance n°2012-351⁴⁷**. Depuis son adoption, lorsqu'il s'agit des lieux particulièrement exposés aux risques de trafic de stupéfiants, les autorités publiques compétentes sont autorisées à enregistrer sur la voie publique des images de vidéo protection.

45 Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines (NOR JUSX1128281L).

46 Ordonnance n°2011-1069 du 8 septembre 2011 transposant la décision-cadre 2006/960/JAI du Conseil du 18 décembre 2006 relative à la simplification de l'échange d'informations et de renseignements entre les services répressifs des États membres de l'Union européenne (NOR IOCD1114994R).

47 Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 relative à la partie législative du Code de la sécurité intérieure (NOR IOCD1129997R).

Prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail

La **loi n°2011-867 du 20 juillet 2011**⁴⁸ fixe le cadre de fonctionnement des services de santé sur le lieu de travail. Elle vient modifier l'article L. 4622-2 du Code du travail sur le rôle de la médecine du travail auprès des employeurs, des travailleurs et leurs représentants sur les mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue.

Implication de tout professionnel de santé habilité dans le suivi de la mesure d'injonction thérapeutique

En créant la fonction du médecin relais, la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 est venue renforcer les dispositions de suivi de l'application des mesures d'injonction thérapeutique prévues par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique. Afin d'assurer une meilleure application des dispositions de mars 2007 sur la fonction attribuée au médecin relais dans le cadre d'une mesure d'injonction thérapeutique, la **loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011** prévoit que tout autre professionnel de santé puisse conseiller l'autorité judiciaire sur l'opportunité de la mesure prononcée et de garantir le suivi de sa mise en œuvre. Le professionnel de santé désigné par l'agence régionale de santé doit impérativement disposer de l'habilitation prévue par les autorités compétentes. Cette habilitation doit notamment résulter de la justification d'une formation ou d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prise en charge des addictions. Le professionnel de santé habilité est désormais chargé de réaliser une évaluation socio psychologique du patient, de motiver l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique, de suivre sa mise en œuvre, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi. Par ailleurs, depuis décembre 2011, l'autorité judiciaire peut également enjoindre à la personne consommant de l'alcool de manière habituelle et excessive de se soumettre à la mesure d'injonction thérapeutique, dans le sens des articles L. 3413-1 à L. 3413-4.

1.2.2. Textes de mise en application des lois

Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre 2011 et 2012 s'inscrivent, pour l'essentiel, dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 sur les nouvelles orientations de politique pénale pour les délits d'usage de stupéfiants ; dans celui des conventions cadre internationales pour la coopération et la lutte contre le trafic international ; dans le cadre des dispositions définies aux articles L.5121-1, L.5132-1, L.5132-6, L.5132-7 du Code de la santé publique relatives à l'usage de médicaments et de substances potentiellement dangereuses.

Nouvelles orientations de politique pénale en matière d'usage de drogues

La **circulaire du 16 février 2012**⁴⁹ est venue fixer de nouvelles orientations de politique pénale à destination des autorités judiciaires. Tout en rappelant la prise en compte des éléments d'enquête laissant supposer un usage simple ou une dépendance aux stupéfiants et le principe de proportionnalité selon la gravité des faits reprochés, la circulaire de février 2012 met l'accent sur la nécessité de systématiser la réponse pénale et de renforcer l'effectivité des mesures

48 Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (NOR ETSX1104600L).

49 Circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants (NOR JUSD1204745C).

judiciaires. Les juridictions sont incitées à recourir à des mesures à dominante pédagogique pour un premier usage simple comme les stages de sensibilisation et à des mesures à orientation sociosanitaire pour les consommateurs dépendants (injonction thérapeutique). Envers les mineurs, la réponse doit demeurer éducative et sanitaire. La circulaire encourage également les cours d'appel et les tribunaux à développer des partenariats avec le secteur associatif afin de garantir l'effectivité des mesures à orientation éducative et sociosanitaire.

Renforcement de la coopération internationale pour la sécurité intérieure

En matière de coopération internationale, le gouvernement français a signé entre 2011 et 2012 les deux accords suivants : d'une part avec le gouvernement hellénique en septembre 2011⁵⁰ et, d'autre part, avec le gouvernement du Tadjikistan en février 2012⁵¹. Ces accords ont visé à renforcer la coopération et l'assistance technique mutuelles afin de lutter plus efficacement contre les différentes formes de criminalité, notamment dans le domaine de la lutte contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes.

Vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de substances potentiellement dangereuses

Depuis le second semestre 2011, le ministère chargé de la santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ont adopté les deux arrêtés suivants permettant d'intégrer la « méquitazine » dans la liste de substances vénéneuses et de classer comme stupéfiants toutes les formes galéniques de la « phentermine » :

- **Arrêté du 25 juillet 2011**⁵² qui a classé la « méquitazine » sur la liste des substances vénéneuses en raison de ses effets psychoactifs ;
- **Arrêté du 14 février 2012**⁵³ relatif au classement comme stupéfiant de toutes les présentations de la « phentermine ». La phentermine ou α,α -diméthylphényamine est un dérivé de la phényléthylamine dont la structure est très proche de l'amphétamine. Elle a été commercialisée en France comme anorexigène entre 1962 et 1988. La phentermine injectable était déjà classée sur la liste des stupéfiants, la phentermine orale était classée comme psychotrope. En raison du potentiel d'abus, de dépendance et de détournement de cette substance et de son profil amphétaminique, la phentermine (toutes présentations) est désormais inscrite sur la liste des stupéfiants.

Dans le cadre de sa mission d'addictovigilance, l'AFSSAPS a adopté depuis le second semestre 2011 plusieurs décisions qui ont visé à encadrer les conditions de prescription et de délivrance de certains médicaments en raison de leur risque d'abus :

50 Décret n°2011-1123 du 19 septembre 2011 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République hellénique relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure, signé à Paris le 19 mai 2008 (NOR MAEJ1123344D).

51 Décret n°2012-267 du 24 février 2012 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Tadjikistan relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure, signé à Paris le 6 décembre 2002 (NOR MAEJ1201957D).

52 Arrêté du 25 juillet 2011 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR ETSP1120711A).

53 Arrêté du 14 février 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes (NOR ETSP1204444A).

- **Arrêté du 24 aout 2011⁵⁴** qui a soumis les médicaments à base de « clonazépam » administrés par voie orale à des conditions particulières de prescription et de délivrance. Cette décision a été motivée par le risque de pharmacodépendance, d'abus et d'usage détourné de ce médicament (abrogé par l'arrêté du 9 mars 2012⁵⁵).
- **Arrêté du 9 mars 2012⁵⁶** qui a visé à harmoniser les conditions de prescription et de délivrance des médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants. Il s'agit des médicaments administrés par voie orale à base de flunitrazépam (Rohypnol®), de buprénorphine (Subutex® et génériques / Suboxone® / Temgesic®), de clonazépam (Rivotril® comprimés et gouttes) et de certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale (Tranxène® 20 mg). Cet arrêté a également pour objectif de clarifier le champ d'application de ces mesures.
- **Arrêté du 16 avril 2012⁵⁷** publié au Journal officiel du 28 avril 2012 soumettant les médicaments à base de « midazolam » administrés par voie orale à des conditions particulières de prescription et délivrance. En 2011, l'Agence avait étudié le moyen juridique de contrôler et réguler la vente au public de la « gamma-butyrolactone » (GBL), alors qu'elle était en vente libre pour un usage domestique. En vigueur depuis le 8 septembre 2011, **l'arrêté du 2 septembre 2011⁵⁸** a interdit effectivement l'offre et la cession au public de la GBL mais aussi la commercialisation du 1,4 BD et des produits qui en contiennent en raison du fort risque de pharmacodépendance et d'abus de cette molécule.

Pour lutter contre la diffusion de nouvelles drogues sur Internet, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) étudie sérieusement la possibilité d'établir une classification de l'ensemble des « cathinones substituées ». Un projet d'arrêté a été déposé en 2012 par l'Agence auprès du ministère de la Santé. Le calendrier électoral a repoussé son examen. En revanche, le projet de classer par familles les nouvelles drogues a été abandonné.

Enfin, en raison des effets indésirables sur la santé, les préparations contenant l'une des substances suivantes ont été soumises, conformément aux directives du [ministère des Affaires sociales](#), à des restrictions de commercialisation et d'accès libre (almitrine, bupropion, chlordiazépoxide, duloxétine, naltrexone, venlafaxine, clorazépate dipotassique, diazépam, fluoxétine, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, paroxétine ou topiramateont). Ces restrictions sont en vigueur depuis le 10 juin 2012 (date de publication dans

⁵⁴ Arrêté du 24 aout 2011 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale (NOR ETSP1123702A).

⁵⁵ Arrêté du 9 mars 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale, aux médicaments à base de buprénorphine administrés par voie orale, aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale et à certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale (NOR ETSP1207340A).

⁵⁶ Arrêté du 9 mars 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale, aux médicaments à base de buprénorphine administrés par voie orale, aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale et à certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale (NOR ETSP1207340A).

⁵⁷ Arrêté du 16 avril 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de midazolam administrés par voie orale (NOR ETSP1220641A).

⁵⁸ Arrêté du 2 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent (NOR ETSP1124197A).

le Journal officiel **des deux décisions du 12 avril 2012**⁵⁹ du ministère des Affaires sociales et de la Santé). Publiée au Journal officiel le même jour, une troisième **décision du 12 avril 2012**⁶⁰ est venue interdire totalement les préparations contenant du clonazépam, du méprobamate, ou de la synéphrine.

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

1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

À l'échelle nationale, les orientations interministérielles impulsées en 2011 par le gouvernement sur les drogues sont celles fixées par le Plan gouvernemental « drogues » de 2008 (Rapport national France, 2008). Son volet « santé » reprend les mesures adoptées par le ministère de la Santé dans le cadre de son Plan de 2007 de prévention et de prise en charge des addictions (Rapport national France, 2007). Placés aussi sous la tutelle des autorités sanitaires, deux autres plans pluriannuels ont récemment renforcé le volet sanitaire du plan gouvernemental en prévention et en prise en charge des hépatites.

Plan « hépatites » 2009-2012

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

Par ailleurs, il s'inscrit dans la suite des constats établis par le rapport d'évaluation de la loi de santé publique de 2004, réalisé par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) (Salamon *et al.* 2010). La loi quinquennale du 9 août 2004⁶¹ avait pour objectif général de réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, en passant de 10-20 % des patients infectés à 7-14 % en 2008. Le suivi du taux de mortalité sur une période quinquennale pour une pathologie d'évolution longue n'apparaissant pas très pertinent, les experts du HCSP ont choisi de mettre d'avantage l'accent sur la prévention des hépatites virales.

59 Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : almitrine, bupropion, chlordiazépoxide, duloxétine, naltrexone, pirlénidone, roflumilast ou venlafaxine (NOR AFSX1224667S).

Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : clorazépate dipotassique, diazépam, fluoxétine, furosémide, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, paroxétine, spironolactone ou topiramate (NOR AFSX1224673S).

60 Décision du 12 avril 2012 portant interdiction d'importation, de préparation, de prescription et de délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant du clenbutérol, du clonazépam, de l'exénatide, du liraglutide, du méprobamate, de l'orlistat ou de la synéphrine (NOR AFSX1224680S).

61 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (NOR SANX0300055L).

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

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

Plan « cancer » 2009-2013

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

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

Plan « santé/prison » 2010-2014

En 2010, le ministère de la Santé et des Sports avec le concours du ministère de la Justice et des Libertés a élaboré un Plan⁶² d'actions stratégiques qui, pour les quatre ans à venir (2010-2014), définit la politique de santé en direction des personnes placées sous main de justice. Il s'agit du premier plan national pour améliorer la santé des personnes détenues. Les directions⁶³

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

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

d'administration centrale concernées, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP Santé) et un conseiller général des établissements de santé ont été associés à la préparation de ce Plan « santé/prison ». Ce Plan aborde tous les aspects de la politique sanitaire en détention et prévoit d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues, de renforcer les dispositifs de soins et en particulier pour certaines catégories de détenus (notamment les personnes présentant des troubles addictifs). Il insiste sur l'importance de la continuité des soins après la libération. Dans ce cadre, les trois mesures « phare » inscrites au Plan sont les suivantes : la création d'un nombre important d'appartements de coordination thérapeutique ou de lits halte-soins-santé ; une meilleure coordination entre les services impliqués pour faciliter l'accès à l'hébergement des personnes sortant de détention et assurer ainsi la poursuite des soins après incarcération ; la mise en place des référentiels et des formations communs. Un comité de pilotage institutionnel est chargé du suivi des actions du plan et de préparer un rapport annuel de bilan d'avancement. L'évaluation du plan est placée sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Sports.

Le Plan gouvernemental 2008-2011 piloté par la MILDT prévoit la déclinaison territoriale de ses orientations nationales au sein des plans interministériels départementaux. Placé sous l'autorité du préfet du département, le chef de projet départemental élabore ces plans départementaux⁶⁴. Il relaie la politique nationale et l'adapte aux situations et caractéristiques locales. Ces plans sont élaborés au sein du comité de pilotage départemental réunissant les différents services de l'État. Le comité de suivi recherche la cohérence avec les plans spécifiques du département (contrats de cohésion sociale, plans de sécurité routière, mesures de prévention de la délinquance, contrats de ville, programmes de santé publique, schéma régional d'organisation de soins ambulatoire ou hospitalier et schéma régional médico-social). Les mesures des plans départementaux qui relèvent de l'action habituelle des services déconcentrés ou de l'Assurance maladie sont financées sur leurs budgets respectifs. Les actions expérimentales des projets interministériels sont financées sur les crédits délégués de la MILDT (15 M€ en 2009, 13 M€ en 2010 et 11 M€ en 2011). Ces actions expérimentales rassemblent les services déconcentrés autour d'objectifs communs, par exemple, des formations interministérielles, des outils communs d'information et de prévention ou de connaissance pour l'ensemble des services. **La note de la MILDT du 4 novembre 2009⁶⁵ aux chefs de projet départementaux** réaffirme leur légitimité pour impulser l'action des administrations et des institutionnels au niveau local et donne les indications d'action pour l'année 2010-2011 :

- **Prévention : la priorité doit être donnée aux actions locales** permettant de relayer les messages des campagnes de communication nationales menées en 2009 et en 2010 sur la dangerosité des produits, le statut légal des substances et le rôle des parents. D'autre part, un objectif majeur du plan départemental est de mobiliser les partenaires sociaux du département pour lancer des actions de prévention au travail et mener des actions pour l'implication des adultes dans la prévention des usages. Dans la continuité des orientations pour 2008 et 2009, les chefs de projets sont chargés de mener des actions de prévention auprès des établissements scolaires et universitaires, dans les milieux de loisirs et chez les populations sous main de justice.

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

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

Dans le cadre de la politique de prévention de la délinquance impulsée par le plan gouvernemental, le développement des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits illicites à destination des usagers occasionnels est fortement encouragé.

- **Pour la politique de santé concernant les addictions**, le plan encourage la coordination des chefs de projets départementaux avec le chef de projet régional, interlocuteur privilégié des agences régionales de santé (ARS). Depuis la loi HPST⁶⁶ de juillet 2009 établissant le principe de la régionalisation des dispositifs de soins, les actions sanitaires doivent être programmées et évaluées au niveau régional. À cette échelle, le chef de projet départemental s'assure que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département en éducation à la santé, en offre de soins, en accompagnement social et en réduction des risques.
- Le plan départemental doit comporter des **actions de lutte contre le trafic local**. Plus précisément, il doit permettre d'identifier les lieux habituels des petits trafics qui alimentent l'économie souterraine et génèrent des nuisances sociales importantes, notamment aux abords des établissements scolaires. Le chef de projet mobilise les efforts des acteurs locaux et régionaux pour lutter contre les trafiquants et leurs avoirs criminels.

Le Plan gouvernemental 2008-2011 a eu une durée de mise en œuvre de 4 ans. Les élections générales de 2012 ont fait repousser l'adoption de la prochaine stratégie gouvernementale en matière des drogues et prise en charge des addictions initialement prévue au cours de l'année 2012.

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

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

Information, communication, prévention

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

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

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

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

Application de la loi et lutte contre le trafic

Le dispositif des stages de sensibilisation adopté par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007⁶⁷, à destination des usagers occasionnels de produits illicites dans le cadre de leur interpellation, a poursuivi sa montée en charge après une série d'actions de sensibilisation des parquets. Le bilan de la MILDT annonce un recours à ce dispositif dans plus de 70 % des juridictions. Le ministère de la Justice avait confié son évaluation à l'OFDT. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans le chapitre 9.

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

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

Prise en charge des usagers de drogues

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

67 Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR INTX0600091L).

encore numériquement (38 nouvelles CJC depuis 2008 pour un budget global sur la durée du Plan de 627 000 €).

En 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne. Elles ont été insérées dans les appels d'offres ouverts aux CSAPA et ont notamment été prises en compte dans la prise en charge des usagers de crack. Un effort a été consenti pour la promotion de pratiques de soins intégrées pour les patients présentant des comorbidités somatiques ou psychiatriques entre différents services au sein même des établissements hospitaliers, mais aussi dans une démarche de partenariat entre les CSAPA et les services hospitaliers. La MILD'T appuie cette démarche de meilleure prise en charge de l'hépatite C des patients suivis dans les CSAPA-CAARUD et dans les Unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire (UCSA). Elle finance ainsi la mise à disposition d'une dizaine de Fibroscan (budget de 500 000 € sur les 10 % du fonds de concours consacré à la prévention) dans le cadre d'une recherche clinique quantitative et qualitative sur le développement d'unités de lieux de prévention, de soins et de réduction des risques des hépatites.

S'agissant des orientations départementales de politique de lutte contre les drogues, la note MILD'T du 4 novembre 2009⁶⁸ aux chefs de projet départementaux rappelle l'intérêt de prévoir **l'évaluation des projets innovants**, en vue d'une pérennisation ou d'un nouveau portage. **L'évaluation des actions menées en 2009 est confiée à une commission placée auprès du préfet**. Elle délègue la mission d'évaluation à une sous-commission spécialisée qui, par ailleurs, définit les stratégies et projets à l'échelle de leur territoire à réaliser dès janvier 2010. La note MILD'T de 2009 rappelle la création dans chaque région d'un dispositif d'appui méthodologique aux chefs de projet, destiné à éclairer leurs choix stratégiques et à définir des indicateurs pertinents de mesure de leur efficacité. Ce dispositif reprend les missions de conseil méthodologique et d'observation des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD), mis en place par la MILD'T en 2005. **La note MILD'T du 28 juillet 2009⁶⁹ à l'attention des chefs de projet régionaux** a rénové l'ancien dispositif d'appui régional porté par des associations afin de passer d'une logique de subvention de fonctionnement au réseau associatif à une logique de financement de projets mais aussi afin de renforcer le caractère interministériel du dispositif. Elle prévoit que la MILD'T verse une dotation aux chefs de projets régionaux. Celle-ci financera l'organisme retenu par appel d'offre et avec lequel est signée une convention de prestation de service. En 2009, le budget CIRDD a été de 2,8 M€. En 2010, la dotation régionale pour l'appel d'offre est restée stable.

1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues

Une mission commune d'information sur les toxicomanies réunissant une délégation du Sénat et une délégation de l'Assemblée nationale (30 parlementaires au total) s'est mise en place fin 2010. Ayant procédé entre janvier et juin 2011 aux auditions des professionnels, associations et services ministériels concernés ainsi qu'à différents déplacements, la mission parlementaire a finalement rendu public son rapport le 29 juin 2011. Celui-ci exclut toute idée de dépénalisation

68 Note n°683 du 4 novembre 2009 du Président de la MILD'T à l'attention des chefs de projet départementaux sous couvert des préfets de départements.

69 Note MILD'T n°451 du 28 juillet 2009 à l'attention de Mesdames et Messieurs les chefs de projet régionaux chargés de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, sous couvert des Mesdames et Messieurs les préfets de région, relative à la réforme du dispositif d'appui régional.

qualifiée d'«*impasse éthique et juridique*» mais envisage de mettre en place une contravention en cas de première interpellation pour usage simple. Le rapport qualifie par ailleurs l'hypothèse d'ouverture de centres d'injection supervisés d'«*option hasardeuse*».

Quelques semaines avant la publication de ce rapport parlementaire, le député socialiste Daniel Vaillant (par ailleurs membre de la mission commune) avait par voie de presse défendu l'idée d'une légalisation contrôlée du cannabis, provoquant un vif débat public.

Par la suite, ces différentes questions ont été sporadiquement discutées lors de la campagne pour l'élection présidentielle de 2012.

Concernant la MILDT, à l'automne 2011, l'alternance politique au Sénat a donné lieu à un vote symbolique. Dans le cadre de la discussion du projet de loi de finances 2012, la commission des affaires sociales du Sénat a en effet rejeté l'adoption des crédits de la mission, suivant l'avis de la rapporteuse, Laurence Cohen. Ces crédits avaient été jugés insuffisants et mal répartis car trop orientés vers la répression. Ce rejet n'a pas été entériné par l'Assemblée nationale et n'a donc pas eu de conséquences.

1.3.4. Modalités de la coordination

Coordination interministérielle à l'échelle nationale

Afin d'améliorer la coordination de l'action interministérielle au niveau central, et par la loi de finances rectificative pour 2008⁷⁰ dans son article 138, l'État a doté la MILDT d'un instrument de pilotage permanent de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies : le document de politique transversale (DPT), dont le premier exercice a été réalisé en 2009 dans le cadre de la loi de finances pour 2010. Élaboré annuellement par la MILDT avec le concours des responsables ministériels concernés, le DPT «drogues» sert d'outil organisationnel pour mobiliser les acteurs ministériels. Il est réalisé à partir des indicateurs des projets annuels de performances (PAP) liés aux programmes ministériels.

Coordination interministérielle au niveau territorial

Malgré la réforme introduite par la loi HPST conférant à la région la conduite de la politique sanitaire et malgré la volonté de la MILDT de conserver le niveau régional pour la mise en place de son nouveau dispositif d'appui «drogues», le pilotage de la politique gouvernementale des drogues au niveau départemental n'a pas été remis en question. La légitimité du chef de projet départemental pour impulser l'action des administrations à l'échelle du territoire est réaffirmée par la note MILDT du 4 novembre 2009⁷¹ aux chefs de projet départementaux. La coordination est assurée par le chef de projet départemental au sein du comité de suivi, qui doit s'assurer que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département (voir 1.3.1.).

70 Loi n°2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 (NOR BCFX0826279L).

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

1.4. Analyse économique

1.4.1. Dépenses publiques

Les finances pour lutter contre les drogues et les toxicomanies proviennent essentiellement de l'État et de l'Assurance maladie. Les dernières données disponibles relatives aux crédits « drogues » consommés par les administrations sont celles de 2010 (Rapport annuel de performances (RAP) 2010 annexé à la loi de règlement des comptes pour 2010 (PLR) et Document de politique transversale de lutte contre les drogues et les toxicomanies pour 2012). En ce qui concerne les dépenses de l'Assurance maladie dans le champ, le financement des structures d'addictologie (CSAPA, CAARUD et CT) représente le poste de dépenses le plus important. Les informations officielles les plus récentes pour cette catégorie de dépenses portent également sur l'année 2010. Le tableau ci-après présente les montants de dépenses en 2010 qui pourraient être attribués à la contribution conjointe de l'État et de l'Assurance maladie. Les dépenses de santé pour financer les coûts directs en santé dans le cadre de la médecine de ville et de l'hôpital ne sont pas prises en compte dans les estimations réalisées pour 2010.

Tableau 1.1 : Dépenses publiques totales attribuables à la politique des drogues en 2010 (en M€)

	Secteur	Cofog1	2010
Dépenses en Défense, Sécurité/Ordre public et services de douanes et des impôts indirects pour lutter contre le trafic de stupéfiants et l'économie souterraine liée aux drogues	S1311	Gf02 Gf03 Gf04	685,98
Dépenses en prévention universelle et prévention sélective	S1311	Gf09 Gf07	332,97
Dépenses en santé et prévention indiquée	S1311	Gf07	369,53
Dépenses en R&D	S1311	Gf07	11,47
Dépenses en formation	S1311	Gf02 Gf03 Gf04 Gf07 Gf09	11,51
Dépenses pour la coordination de la politique de lutte contre les drogues	S1311	Gf03 Gf07 Gf09 Gf10	2,58
Dépenses en observation et évaluation (OFDT et DAR)	S1311	Gf03 Gf07 Gf09 Gf10	5,88
Total			1419,93

Source : tableau élaboré par l'OFDT à partir des données du RAP et du DPT en 2010, 2011 et 2012.

Note : la dernière année disponible pour les montants de remboursements des médicaments du fichier ADELI est 2009 ; le montant des médicaments TSO remboursés par l'AM en 2009 a été de 88,87 M€.

Cofog : classification des fonctions des administrations publiques des Nations unies.

Les dépenses publiques attribuables à la mise en œuvre de la politique des drogues de l'État et de l'Assurance maladie en 2010 sont évaluées approximativement à 1 420 M€. Pour des raisons d'indisponibilité des données, cette estimation ne tient pas compte des dépenses de l'Assurance maladie pour le remboursement des médicaments de traitement de substitution aux opiacés (TSO). En 2009, le montant remboursé par la sécurité sociale s'est élevé à 88,87 M€. En faisant l'hypothèse que la variation entre 2009 et 2010 des montants remboursés sera faible, les remboursements de 2009 peuvent être pris de manière indicative pour établir un montant prévisionnel pour les remboursements de médicaments TSO en 2010. Cette hypothèse repose sur des données qualitatives recueillies dans le cadre du dispositif TREND qui confortent l'idée de l'émergence d'un effet « saturation » au niveau de la demande de traitement des usagers et d'une plus grande accessibilité à l'héroïne sur les marchés locaux. En intégrant les remboursements de 2009, les dépenses publiques attribuables à la politique de drogues atteignent la somme de 1 510 M€ en 2010. Par ailleurs, les deux limites majeures qui portent sur cette estimation concernent la non prise en compte des principaux postes de dépenses des services de l'administration pénitentiaire et de santé (coûts directs de l'exercice de la médecine

de ville et de l'hôpital dans le champ). Ces catégories de dépenses ont été estimées dans le cadre des études précédentes. Ainsi, Kopp et Fenoglio ont évalué ces catégories de dépense en 2003 (Kopp *et al.* 2006). Les coûts des traitements attribuables aux pathologies imputables aux drogues représenteraient un montant situé entre 573 M€ et 632 M€ pour les drogues illicites, entre 5 467 M€ et 6 156 M€ pour l'alcool et, enfin, entre 15 537 M€ et 18 254 M€ pour le tabac. Aucune nouvelle estimation n'a été réalisée depuis l'étude de Kopp et Fenoglio. Ces données n'étant pas disponibles pour les années récentes, les estimations de 2003 (Kopp *et al.* 2006) peuvent être actualisées en tenant compte du taux d'inflation. Sur cette base, en 2010, ce serait ainsi au total 689,50 M€ pour les traitements de pathologies imputables aux drogues illicites ; les coûts en santé imputables à l'alcool seraient de 6 646,50 M€ et, enfin, les dépenses en santé pour les traitements imputables au tabac atteindraient 19 322,50 M€. Par ailleurs, les coûts supportés par l'administration pénitentiaire étaient évalués à hauteur de 219,79 M€ en 2003. Au sein de cette dépense, la détention des personnes incarcérées pour une affaire de drogues illicites représente un coût de 200,49 M€ et les incarcérations pour des délits d'alcoolémie au volant ont un coût évalué à 19,30 M€. En 2010, en prenant en compte le taux d'inflation depuis 2003, les dépenses de l'administration pénitentiaire représenteraient 229 M€ pour les incarcérations pour ILS et 22 M€ pour celles en lien avec un délit d'alcoolémie au volant. En incluant les estimations actualisées avec le taux d'inflation pour les dépenses en santé et en prison, la dépense totale serait proche de 28 milliards d'euros en 2010, toutes drogues confondues (tabac, alcool et drogues illicites). Sur cette base, le total de la dépense publique attribuable aux drogues représente en gros 1,5 % du PIB en 2010 (le PIB s'élève à 1 931,4 milliards d'euros en 2010) ou encore 6,6 % du budget de l'Etat, soit une dépense de 435,37 euros par habitant.

1.4.2. Recettes

Sont ici présentées les recettes en provenance du fonds de concours « Stupéfiants ». Les bénéfices des cessions des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales d'affaires de stupéfiants s'élèvent en 2011 à 22,76 M€ dont 18,81 M€ ont été redistribués par la MILDT en 2011 aux ministères chargés de la mise en œuvre de la politique des drogues.

Le fonds de concours stupéfiants a été créé en mars 1995⁷² à l'initiative du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie de 1993. La gestion de l'attribution du produit des biens confisqués aux trafiquants demeure une responsabilité de la MILDT. Il résulte des travaux préparatoires du décret du 17 mars 1995 que la répartition entre les différents ministères concernés des sommes affectées au fonds de concours s'établit comme suit : 90 % de la somme doit être redistribuée aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et l'application de la loi pour financer l'acquisition d'équipements ou de services destinés à la lutte anti-drogue ; les 10 % restant peuvent servir à financer les actions de prévention menées par les ministères concernés.

72 Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (NOR BUDB9560005D) et arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (NOR SANG9502738A).

Depuis la loi du 9 juillet 2010⁷³ qui a confié la gestion centralisée des sommes saisies à un établissement public auquel les juridictions doivent se référer (AGRASC), l'abondement du fonds de concours « stupéfiants » n'a fait que s'accroître.

1.4.3. Coût social

Depuis une dizaine d'années, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'est penché à plusieurs reprises sur l'estimation du coût social des drogues licites et illicites. La première étude (Kopp *et al.* 1998) remonte aux années 1990. Elle portait sur les méthodes possibles de calcul. Les premières estimations ont été présentées dans le rapport Kopp et Fenoglio (Kopp *et al.* 2000) sur *Le coût social des drogues*. Ce premier travail évaluait le coût supporté annuellement par la collectivité à 2 035,24 M€. Depuis, les estimations ont été régulières. La nécessité d'une réévaluation permanente a une double explication : elle se justifie par la parution de nouvelles données initialement indisponibles (par exemple les traitements de certaines pathologies) mais aussi par la nécessaire prise en compte de nouvelles méthodes de calcul. Ainsi, l'étude de 2006 évalue le coût social des drogues illicites à 2 824,44 M€ en 2003 (Kopp *et al.* 2004). Comparativement à l'estimation de 2000, le coût social des drogues illicites n'est multiplié que par environ 1,39.

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

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

2.1. Introduction

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

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

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

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

Le recours à d'autres outils complémentaires d'observation de nature différente tels que les dispositifs de veille TREND (voir Annexe VI-U) et SINTES (voir Annexe VI-R) de l'OFDT ou la réalisation d'études spécifiques qualitatives ou quantitatives est nécessaire pour atteindre les usagers les plus précaires, observer de manière plus précise les usagers récréatifs et festifs ou améliorer la compréhension des phénomènes par un éclairage qualitatif. Les dispositifs TREND et SINTES recueillent en premier lieu des données qualitatives.

Le dispositif d'enquêtes

Au cœur du dispositif d'enquêtes en population générale, il y a cinq enquêtes régulières, menées auprès des adultes ou auprès des adolescents, selon deux modes de recueil : le téléphone après un tirage au sort de la personne interrogée et le questionnaire papier autoadministré. Le premier mode concerne les jeunes et les adultes âgés de 15 ans et plus. Deux enquêtes y ont recours. La première est l'enquête de consommation de drogues illicites intégrée dans le Baromètre santé (cf. Annexe VI-A). Elle est réalisée tous les 5 ans par l'INPES depuis 1992. Elle interroge les 15-75 ans (15-85 ans en 2010) sur leurs comportements et leurs

attitudes de santé. La deuxième est l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP, cf. Annexe VI-J) auprès des 15-64 ans.

Ces enquêtes ne permettent pas de décrire toutes les pratiques hétérogènes des sous-populations. D'où le développement d'enquêtes auprès des adolescents, âge de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois de l'entrée dans un usage plus régulier. L'OFDT réalise trois enquêtes auprès de cette population en utilisant le mode de recueil le plus approprié, le questionnaire papier autoadministré. L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HSBC), menée dans 41 pays ou régions, interroge des jeunes scolarisés de 11, 13 et 15 ans. L'enquête en milieu scolaire « European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs » (ESPAD) permet d'observer les usages des jeunes gens de 15-16 ans scolarisés dans 36 pays. Pour pallier les limites de cette enquête en milieu scolaire (absence des adolescents déscolarisés, sous-estimation de l'absentéisme...), l'OFDT a mis en place une enquête auprès des jeunes de 17 ans (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense, ESCAPAD) réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC, ex Journée d'appel de préparation à la défense, JAPD). Tous les appelés présents certains jours donnés remplissent un questionnaire sur leur santé et leurs consommations.

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

Les données de cadrage

Les enquêtes en population générale permettent de donner des ordres de grandeur du nombre de consommateurs (tableau 2.1). Ce sont des données de cadrage et non des estimations exactes.

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

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

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

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

// : non disponible

Définitions :

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

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

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

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

Une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable dans ces données de cadrage. Par exemple, en tenant compte de l'intervalle de confiance, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

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

- Stabilisation des niveaux d'usage du cannabis parmi les 15-64 ans (cf. standard table 1)

Le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les adultes âgés de 15 à 64 ans, environ un tiers (32,1 %) déclare avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation concerne davantage les hommes que les femmes (39,5 % contre 25 %). L'usage au cours des 12 derniers mois concerne 8,4 % des 15-64 ans (11,9 % des hommes et 5,1 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,6 %.

Même si l'expérimentation est passée de 28,8 % à 32,1 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010 (tableau 2-2), la consommation de cannabis s'avère stable. La légère hausse observée est automatique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs.

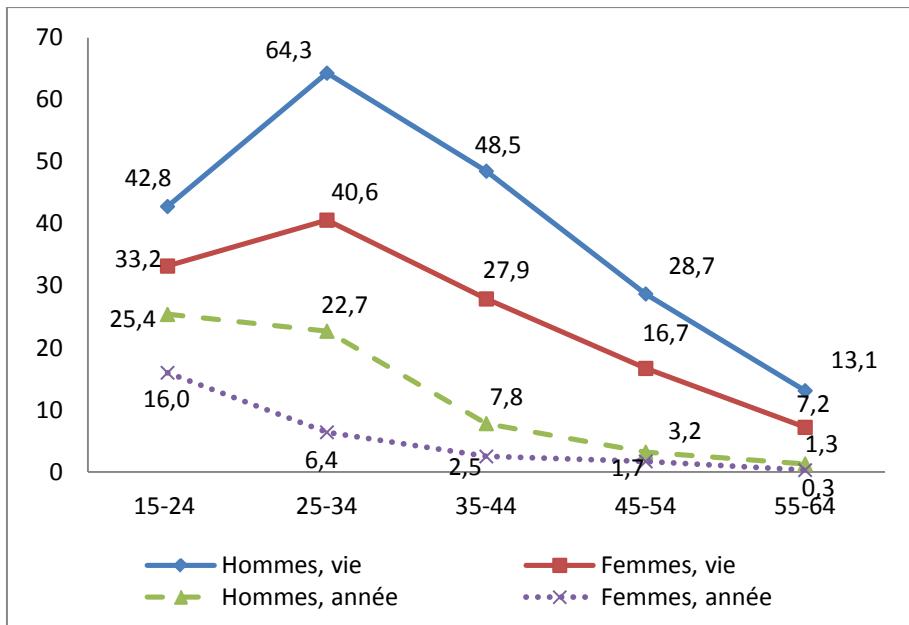
Ces usages touchent particulièrement les jeunes générations et les proportions deviennent quasiment négligeables au-delà de 50 ans.

Ainsi l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois précédent l'enquête concerne 20,8 % des 15-24 ans.

En termes de répartition par sexe, la proportion d'individus expérimentateurs de cannabis est maximale chez les hommes de 25 à 34 ans (64,3 %) pour diminuer ensuite jusqu'à atteindre 13,1 % entre 55 et 64 ans (Figure 2.1.). Chez les femmes, les expérimentatrices de cannabis représentent 37,0 % des 15-34 ans et seulement 7,3 % des 55-64 ans

Parmi les 15-34 ans, la stabilité des usages de cannabis cache des disparités générati onnelles : l'usage au cours des 12 derniers mois est en hausse pour les femmes de 20-24 ans (de 13,0 % en 2005 à 16,4 % en 2010), tandis que le niveau de l'expérimentation est en baisse pour les filles de 15-19 ans et chez les hommes de 15-24 ans.

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



Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

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

Depuis le début des années 1990, la disponibilité des substances stimulantes - cocaïne ou drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, etc.) - s'est développée en France. L'émergence puis la diffusion relative de la forme base de la cocaïne⁷⁴, le crack (dont la consommation est néanmoins rare), s'est produite au cours de la même décennie.

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

⁷⁴ Forme de la cocaïne fumable obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la forme chlorhydrate (poudre) de la cocaïne.

d'une substance autrefois circonscrite à des catégories aisées. Depuis quelques années, des sphères de plus en plus larges de la société l'expérimentent ou la consomment. L'usage au cours de l'année comme l'expérimentation concernent environ trois fois plus d'hommes que de femmes.

La part des 15-64 ans expérimentateurs de cocaïne a été multipliée de façon significative par trois en 15 ans, de 1,2 % en 1995 à 3,6 % en 2010. Elle a augmenté d'un tiers entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. L'usage dans l'année a presque doublé entre 2005 et 2010 chez les 15-64 ans, de 0,5 % en 2005 à 0,9 % en 2010, augmentation significative statistiquement (tableau 2.2). Quand elle a eu lieu, la rencontre avec le produit est survenue en moyenne à 23,1 ans.

La tranche d'âge la plus concernée par les usages de cocaïne est celle des jeunes adultes, l'usage se raréfiant au fur et à mesure que l'âge augmente. La part des expérimentateurs de cocaïne est maximale chez les 25-34 ans (7,7 % de l'ensemble, 11,2 % chez les hommes, 4,4 % chez les femmes). Ceux qui ont utilisé le produit au moins une fois au cours de leur vie sont moins nombreux parmi les générations antérieures.

De même, l'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 15-24 ans (1,8 % de l'ensemble, 2,6 % chez les hommes, 1,0 % chez les femmes) pour régresser ensuite et devenir pratiquement nul à partir de 55 ans.

De fortes variations dans l'usage de la cocaïne existent suivant le milieu socioprofessionnel. C'est parmi les chômeurs, que la population d'expérimentateurs est la plus élevée (7,6 %) comparativement aux actifs occupés, aux inactifs et aux élèves et étudiants (4 %). Des régressions logistiques ont été réalisées contrôlant les principales caractéristiques sociodémographiques⁷⁵ liées aux usages. Toutes choses égales par ailleurs, les comparaisons entre les chômeurs et les actifs occupés confirment que les premiers sont davantage expérimentateurs que les seconds et que les élèves et les étudiants ne se distinguent pas des actifs occupés. Cependant, entre 2005 et 2010, la proportion des chômeurs expérimentateurs de cocaïne est restée stable tandis que celle des actifs a augmenté de façon significative (de 2,5 % à 3,8 %).

Au niveau géographique, en 2010, ce sont les régions méditerranéennes ainsi que la Bretagne qui se distinguent par des proportions plus élevées, avec une plus grande diffusion dans les zones rurales et dans les petites zones urbaines, confirmée par l'analyse multivariée.

D'un point de vue qualitatif (donnée du dispositif TREND), la diffusion de l'usage de cocaïne dans les zones périurbaines et rurales, visible depuis quelques années, se poursuit. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce phénomène, notamment l'émigration des personnes les moins favorisées vers les périphéries lointaines des grands centres urbains. Cette population sociologiquement insérée mais plus fragile sur un plan professionnel est également une de celle où l'usage de cocaïne a particulièrement progressé ces dernières années, en particulier du fait de la diffusion de la culture techno. En outre, la multiplication des micro-réseaux d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent directement auprès de semi-grossistes locaux ou en dehors des frontières permet à la cocaïne d'arriver facilement en tout point du territoire français.

⁷⁵ L'ajustement porte sur les âges, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et l'équipement téléphonique.

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

Héroïne : augmentation de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année

Après une période de stabilité entre 2000 et 2005, les niveaux d'expérimentation et d'usage au cours des 12 derniers mois augmentent en 2011 de façon significative. La prévalence de l'expérimentation d'héroïne passe de 0,8 % en 2005 à 1,2 % en 2010 chez les 15-64 ans. Elle est plus forte chez les hommes (1,8 % en 2010 vs 1,3 % en 2005). Ce sont les moins de 35 ans qui sont les plus consommateurs : 2,1 % déclarent avoir expérimenté le produit et 0,5 % en a consommé au cours de l'année. La consommation est marginale après 35 ans.

La tendance à la hausse de l'usage d'héroïne du Baromètre santé 2010 vient confirmer les observations qualitatives du dispositif TREND qui note depuis la fin des années 2000 l'élargissement de sa consommation vers des populations insérées socialement (voire « très insérées ») et relativement jeunes, même si ce phénomène reste quantitativement très restreint. L'image de l'héroïne apparaît de moins en moins répulsive pour certains jeunes familiarisés avec les substances psychoactives. Majoritairement sniffée (ou fumée) par les nouveaux usagers socialement insérés, l'héroïne s'est libérée des trois facteurs qui l'associaient à la déchéance et à la mort : les surdoses, le sida et la dépendance, toutes trois attribuées à tort à la seule pratique de l'injection. La disponibilité des TSO apparaît en outre à ces jeunes usagers comme un filet de sécurité.

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

L'expérimentation des champignons hallucinogènes connaît une légère hausse pour les deux sexes, mais l'usage au cours des 12 derniers mois reste stable. Les niveaux d'expérimentation des amphétamines augmentent peu sur les deux périodes, mais restent statistiquement significatifs, passant de 1,3 % à 1,7 %. L'usage actuel d'ecstasy baisse. La faible qualité des comprimés d'ecstasy, dont la pureté moyenne en MDMA baisse année après année (voir chapitre 10) en a fait une substance principalement consommée par les usagers festifs les plus jeunes. Les consommations se sont reportées sur les formes poudre (ou gélule) et cristal de la MDMA, mais surtout vers l'amphétamine, la cocaïne ou d'autres stimulants synthétiques.

Les poppers

Dans le Baromètre santé 2010 (Beck *et al.* 2011), les poppers (qui se présentent sous la forme de petites bouteilles à inhaler), représentent la substance psychoactive la plus couramment expérimentée après l'alcool, le tabac et le cannabis : 5,2 % des 15-64 ans déclarent les avoir expérimentés. Ils étaient 3,7 % en 2005. Beaucoup plus fréquente chez les hommes (7,0 % vs 3,5 % parmi les femmes), l'expérimentation du poppers est maximale parmi les 15-24 ans (8,5 % contre 4,3 % en 2005). En hausse aussi depuis 2005, la part des usagers actuels est passée de 0,6 % à 0,9 % en 2010, plus marquée pour les hommes de 18 à 24 ans. Ce produit a connu différents parcours législatifs entre drogues licites et illicites durant ces dernières années et actuellement encore, certains formes sont licites.

Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (actuel) des produits parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)

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

Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

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

Les premiers résultats des dernières enquêtes HBSC, ESPAD et ESCAPAD présentent des résultats concordants concernant la place particulière de l'usage de cannabis en France parmi la population adolescente. Le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé parmi les adolescents de 11 à 17 ans et surtout parmi les garçons. En termes d'expérimentation, l'usage du cannabis en 2010 est très rare chez les 11 ans, concerne 6,4 % des 13 ans, proportion en hausse par rapport à 2006 et se stabilise à 28,0 % chez les 15 ans (HBSC).

Chez les plus âgés, près de deux jeunes sur cinq (39 %) nés en 1995 (16 ans en 2011) ont expérimenté le cannabis avec une proportion plus élevée chez les filles et en augmentation par rapport à la dernière mesure de l'enquête ESPAD de 2007 (30 %). Tandis qu'à 17 ans, en 2011, 41,5 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, avec une tendance stable sur la période 2008-2011. Cette stabilité repose sur la poursuite de la baisse chez les garçons et une inflexion à la hausse - non significative - chez les jeunes filles.

Les usages déclarés de cannabis au cours des 30 derniers jours s'avèrent marginaux chez les moins de 15 ans (HBSC). Ils concernent 24,0 % des jeunes de 16 ans (ESPAD), en hausse significative par rapport à 2007 (15,0 %), alors qu'elle se stabilise chez les jeunes de 15 ans (HBSC, 12,5 % vs 14,4 %, évolution non significative) et qu'elle est en légère baisse chez les 17 ans (ESCAPAD) (22,4 % vs 24,7 % en 2008).

La comparaison des résultats des enquêtes jeunes montre des différences : une forte hausse des usages de cannabis au cours du dernier mois dans l'enquête ESPAD 2011 (15-16 ans) (Hibell *et al.* 2012), une stabilité dans l'enquête HBSC 2010 (11-13 et 15 ans) (Currie *et al.* 2012) et une légère baisse dans l'enquête ESCAPAD 2011 (17 ans) (Spilka *et al.* 2012). Deux éléments sont à considérer pour expliquer ces différences. Premièrement, ces enquêtes étudient des générations distinctes (c'est-à-dire, selon les enquêtes, des jeunes nés des années différentes). Un effet génération n'est donc pas à exclure. Les prochaines enquêtes devraient permettre de confirmer ou d'infirmer ce point. Deuxièmement, cette augmentation se révèle d'autant plus frappante que le niveau mesuré en 2007 dans l'enquête ESPAD pour le cannabis

était particulièrement faible. La baisse entre 2003 et 2007 était considérable et reste encore aujourd’hui à mieux analyser. De fait, en 2011, les jeunes Français de 15-16 ans retrouvent ainsi les niveaux d’usages récents de cannabis mesurés en 1999 et 2003.

En dehors du cannabis, l’expérimentation de drogues illicites ou détournées reste rare. Chez les jeunes de 15 ans (HBSC), les substances les plus courantes sont les solvants et les produits à inhaller. Viennent ensuite la cocaïne, le crack et les amphétamines, « les médicaments pour se droguer » et, pour terminer, l’héroïne et le LSD.

Les jeunes de 15-16 ans (ESPAD) ont aussi stabilisé leurs usages d’autres drogues illicites. Aucune évolution significative n’est à signaler concernant l’expérimentation de ces produits.

Les jeunes de 17 ans sont plus nombreux à avoir expérimenté les produits illicites et ont testé d’autres produits : le poppers (9,0 %), les produits à inhaller (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,5 %), la cocaïne (3,0 %), les amphétamines (2,4 %) et l’ecstasy (1,9 %). Les expérimentations déclarées sont faibles pour le GHB, le crack et l’héroïne. La diffusion de ces produits est globalement en baisse entre 2008 et 2011.

Tableau 2.3 : Évolutions des niveaux d’usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2008 et 2011 à 17 ans (% et sex ratio)

	Garçons 2011	Filles 2011	Sex ratio	Ensemble 2011	Ensemble 2008	Évolution (1) (08/11)	Évolution (2) (08/11)
Cannabis expérimentation	44,0	38,9	1,13***	41,5	42,2	-1,7%	-0,7
Cannabis mois	26,3	18,5	1,42***	22,4	24,7	-9,3%	-2,3
Cannabis régulier (\geq 10 fois par mois)	9,5	3,4	2,84***	6,5	7,3	-11,0%	-0,8
Champignons hallucinogènes				3,5	3,5	0 %	0
	4,8	2,1	2,29***				
Cocaïne	3,3	2,7	1,22**	3,0	3,3	-9,0%	-0,3
Ecstasy	2,2	1,6	1,39***	1,9	2,9	-34,5%	-1,0
Amphétamines	2,9	2,0	1,45***	2,4	2,7	-37,0%	-0,3
LSD	1,7	0,9	1,99***	1,3	1,2	8,3%	0,1
Héroïne	1,0	0,8	1,18***	0,9	1,1	-18,2%	-0,2
Crack	0,9	0,7	1,35***	0,8	1,0	-20,0%	-0,2

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

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

1 : Évolution relative enregistrée avec les chiffres exacts.

2 : Évolution absolue enregistrée avec les chiffres exacts.

Source : ESCAPAD 2011 OFDT

2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local

Milieu festif à tendance « électro » : la cocaïne, un dénominateur commun

Les usages en population dite « insérée socialement » ne peuvent se résumer aux personnes qui fréquentent le milieu festif, qu'il s'agisse des manifestations alternatives (*free parties, rave, teknival* ou espace alternatif des festivals) ou leur versant commercial (boîtes, clubs, bars musicaux). Il faut cependant noter que, dans les classes intermédiaires de la société tout au moins, l'usage régulier de cocaïne va fréquemment de pair avec la fréquentation à un moment ou à un autre du milieu festif. En 2005, l'expérimentation de la cocaïne en poudre concerne 81,1 % des personnes fréquentant les manifestations alternatives⁷⁶ et près de la moitié (48,4 %) de celles rencontrées dans les établissements festifs commerciaux diffusant de la musique « électro ». La rencontre avec la cocaïne a lieu en moyenne à 20,2 ans (étude dite « quanti-festif 2005 »).

Milieu festif gay

À l'issue de l'étude menée en 2007-2008 dans l'espace festif gay des villes de Paris et Toulouse, une veille continue à être menée par exploration ethnographique à Paris. Elle est justifiée d'une part par le rôle d'initiateur de tendance (« trend-setter ») que peuvent jouer les homosexuels masculins, notamment dans le champs des fêtes et des substances, mais également par les pratiques propres ou particulièrement développées dans ce groupe telles que l'usage de substances dans le cadre de l'activité sexuelle. Deux points importants sont évoqués.

Un courant progresse significativement au sein de ce groupe dénommé les plans « chem » (pour « chemical plan »). Il s'agit d'une recherche active de partenaires sexuels, particulièrement sur Internet, fondée sur des critères très précis. Ceux-ci concernent non seulement le type d'actes sexuels souhaités mais aussi les molécules dont la prise va accompagner les pratiques.

Autre pratique, le « slam », employé semble-t-il uniquement en milieu gay. Ce terme désigne l'injection de substances par voie intraveineuse dans le cadre de l'activité sexuelle. Il concerne une frange d'hommes homosexuels ayant le plus souvent entre 30 et 40 ans, mais parfois plus jeunes. Il est réalisé en couple ou en groupe. Il peut constituer l'objectif de la rencontre ou être un élément de celle-ci. Les substances injectées seraient préférentiellement de la cocaïne, de la méthamphétamine ou des drogues achetées sur Internet (méphédrone, NRG3, 4 Mec...). La kétamine est parfois consommée, mais par voie intra musculaire. Le slam est fréquemment lié à des pratiques sexuelles sans protection mais pas uniquement. Il est pour certains l'occasion de s'initier à l'injection. Parmi ces usagers de drogues en contexte sexuel, certains seraient devenus dépendants (Pfau A paraître).

⁷⁶ L'étude a identifié dans cet espace quatre groupes d'affinité comprenant des personnes se percevant et perçues par les autres comme culturellement proches : alternatif, soirées urbaines, clubbing et select. Pour cet article, les groupes « clubbing » et « select » ont été regroupés dans une catégorie « espace festif commercial ». Les catégories « clubbing » et « select » se différencient notamment par la classe sociale, par le mode d'accès au groupe (cooptation dans la catégorie « select ») et par le fait que le groupe « select » s'avère moins polyconsommateur puisque limitant en général ses usages à l'alcool, au cannabis et la cocaïne.

L'espace alternatif draine, outre des personnes parfaitement insérées sur le plan professionnel, une part importante de personnes qui, si elles bénéficient d'un logement, d'un réseau familial et amical, ont une insertion professionnelle plus précaire (« petits boulots », CDD, intérim...) et une frange d'usagers marginalisés.

3. Prévention

3.1. Introduction

Principes généraux et références

La politique de prévention des usages de drogues se concentre en France sur l'intervention précoce auprès des jeunes pour retarder l'âge de l'initiation des consommations. Depuis 1999, son champ est étendu aux substances psychoactives licites (telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes) et elle doit dès lors, au-delà de la notion d'usage, couvrir celle d'abus. Ces principes sont introduits et diffusés à travers le rapport dit « Parquet » (Parquet 1997) qui constitue la principale référence théorique française en matière de prévention. En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites addictives, relevant plus largement de l'éducation pour la santé.

Les orientations politiques en prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies dans le cadre de plans pluriannuels.

Les principes définis dans ces documents sont traduits sous un angle plus pratique dans le *Guide de prévention des conduites addictives en milieu scolaire*, édité en 2005 par le ministère de l'Éducation nationale et la MILDT et mis à jour en 2010 (DESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) et al. 2005; DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) et al. 2010). L'INPES fait également le point sur les méthodes de prévention scientifiquement validées dans son *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire* (Bantuelle et al. 2008). Ces documents, s'ils constituent les seules références nationales en matière de prévention, demeurent indicatifs. Aucun protocole de prévention des usages de drogues n'est imposé aux structures spécialisées, qu'elles soient étatiques ou associatives.

Les notions de prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée⁷⁷, ne sont pas encore largement utilisées, même si leur diffusion progresse dans les cercles professionnels et institutionnels. La référence à la « prévention primaire⁷⁸ » persiste même si sa compréhension a nécessairement évolué depuis que l'action auprès des jeunes s'attache aussi à prévenir les abus. De fait, le discours se réfère davantage aux types d'usages ciblés (ex. : usages « simples », abus, consommations massives d'alcool, etc.) ou encore aux statuts des publics destinataires des actions (jeunes scolarisés, travailleurs, personnes sous main de justice, etc.).

⁷⁷ Établie par l'Institut de médecine de Chicago, en 1990, cette classification est fondée à la fois sur la population cible et le niveau de risque par rapport à une pathologie ou un comportement donné. Schématiquement, la prévention universelle concerne la population générale, la prévention sélective les groupes à risques et la prévention indiquée les publics manifestant un stade précoce du problème combattu (usagers récents, primo-délinquants, etc.).

⁷⁸ L'OMS propose une classification reposant sur le stade de la maladie (1948). Ainsi la prévention primaire est définie comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce type de prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. La prévention tertiaire vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

La prévention universelle liée aux drogues licites ou illicites est, en France, l'approche majoritaire développée en milieu scolaire.

Malgré l'absence de données nationales sur les pratiques de prévention, certaines évolutions ont pu être mises en évidence. En particulier, grâce aux efforts développés depuis 1999 pour professionnaliser et harmoniser l'offre de prévention, certains principes semblent désormais répandus. Ainsi, par exemple, les limites d'une approche informative et la pertinence du rôle préventif des parents, d'une approche interactive ou encore du développement de compétences psychosociales sont à présent bien connus. Cependant, ces principes d'intervention demeurent difficiles à mettre en œuvre pour de nombreux acteurs.

Contextes généraux et principaux acteurs

La mise en œuvre de la prévention des usages de drogues est garantie par l'État et peut être déléguée au secteur associatif, selon une logique de proximité.

Les actions dirigées vers les publics jeunes sont le plus souvent organisées dans le cadre de l'enseignement secondaire où elles impliquent largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour leur réalisation. Trois grandes catégories d'acteurs interviennent auprès des jeunes : les intervenants des associations spécialisées de prévention ou d'éducation pour la santé, les agents spécialisés de gendarmerie (FRAD) ou de police (PFAD)⁷⁹ et les personnels scolaires d'éducation, de santé ou sociaux.

Dans l'enseignement secondaire

Chaque chef d'établissement, en tant que président du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), fixe annuellement les actions de prévention à mener auprès des élèves. Les CESC rassemblent la communauté éducative et des acteurs compétents externes afin de définir et coordonner la politique de prévention des drogues dans les collèges et lycées. Les chefs d'établissements reçoivent les recommandations de leurs administrations locales, déclinées des orientations ministérielles. Néanmoins, ils bénéficient d'une grande autonomie.

Depuis 2006, la prévention des conduites addictives a trouvé un nouvel ancrage dans les missions fondamentales de l'Éducation nationale à travers l'institution du « socle commun de connaissances et de compétences », c'est-à-dire l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire pour sa vie de futur citoyen⁸⁰. Les « compétences sociales et civiques » et les compétences « autonomie et initiative » de ce socle (respectivement compétences 6 et 7) illustrent la contribution de l'Éducation nationale au développement d'aptitudes individuelles et sociales classiquement rattachées aux *life skills* et susceptibles d'être mobilisées par des élèves confrontés à l'offre de drogues.

Les établissements d'enseignement agricole, secondaires et supérieurs, sont aussi relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention, mais sont grandement encouragés à s'y investir par leur ministère de tutelle (ministère de l'Agriculture). Les professionnels de

⁷⁹ FRAD : Formateurs relais anti-drogue, au sein de la gendarmerie nationale ; PFAD : Policiers formateur anti-drogue

⁸⁰ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le Code de l'éducation (NOR: MENE0601554D).

l'enseignement agricole bénéficiant depuis 2001 du Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (RESEDA) pour l'échange, la formation et la diffusion d'outils de prévention ou d'appel d'offres en matière d'éducation pour la santé.

Au cours des études supérieures

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

En milieu professionnel

Les missions de prévention des usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes sont encadrées par le Code du travail. La médecine du travail est chargée de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu du travail (voir chapitre 1, « usage de stupéfiants »). Les acteurs spécialisés, aussi bien du secteur associatif que de la police ou de la gendarmerie, peuvent être sollicités pour intervenir en milieu professionnel.

La prévention auprès de publics à risque (prévention sélective) ou de consommateurs (prévention indiquée) est principalement le fait des associations spécialisées, notamment dans les quartiers (hors environnement scolaire) ou dans des cadres judiciaires. C'est le cas pour les Consultations jeunes consommateurs (CJC) et les stages de sensibilisation (voir chapitre 9).

Dispositif d'observation

Depuis 2006, l'OFDT travaille à la mise en œuvre d'un système d'observation nationale sur les pratiques de prévention, universelle ou sélective, liées aux drogues licites et illicites en France : RELIONPREDIL (Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux drogues illicites ou licites) (annexe VI-W). Il vise à caractériser les composantes théoriques et pratiques des actions locales de prévention et à en suivre l'évolution. Son comité de pilotage rassemble représentants ministériels et associatifs du champ. Sa particularité provient entre autres de sa couverture plurisectorielle (milieux de l'enseignement, du travail, judiciaire, communautaire, etc.) et de sa capacité à recenser des actions indépendamment de leur financement (y compris celles réalisées à titre gratuit). Le dispositif a connu trois phases d'expérimentation locales, la dernière en 2011, les réajustements étant dictés par des considérations méthodologiques ou l'évolution des ressources engagées. La complexité du champ de la prévention (principes d'intervention et notion non stabilisés, multiplicité des acteurs, etc.) mais aussi la difficulté à obtenir un taux de réponses satisfaisant (lassitude des professionnels de terrain, manque de temps ou de ressources face aux demandes d'information) expliquent la difficulté à mettre en place ce type de dispositif et la nécessité de développer de nouvelles approches pour continuer à explorer ce champ.

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

Cadre législatif

L'assise de la prévention des usages de drogues illicites passe peu par l'outil législatif. La loi de santé publique de 2004, reprise par le Code de l'éducation, fixe l'objectif minimal d'une séance annuelle par groupe d'âge homogène pour l'information sur « les conséquences de la

consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées (...). En matière de prévention des usages de tabac et d'alcool, le dispositif législatif encadre la publicité, l'accessibilité et l'usage dans les lieux publics. La politique fiscale contribue également à la limitation des usages.

Coordination nationale, locale et financement

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

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

Depuis 2007, la vente des biens réquisitionnés grâce à la répression du trafic de stupéfiants alimente le fonds de concours drogues géré par la MILDT. Ces fonds sont reversés pour 90 % à la lutte contre le trafic et 10 % (soit 2,2 M€ en 2011) vont aux actions de prévention. Le système national d'assurance maladie subventionne également des actions de prévention sur appel d'offres, à travers le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Parallèlement, des programmes territoriaux transversaux – relevant de la santé, de la lutte contre l'exclusion sociale, de la sécurité publique ou de la politique de la ville – permettent également de redistribuer des crédits publics pour la prévention des usages de drogues. L'identification de zones d'intervention prioritaire en matière d'éducation ou d'aménagement du territoire (selon des indicateurs socioéconomiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité) permet par ailleurs de concentrer des moyens supplémentaires vers des publics défavorisés.

Dispositifs de soutien aux décideurs et aux professionnels

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

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

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les associations spécialisées sont rassemblées autour d'organisations fédératives⁸¹. Celles-ci mettent aussi en place des formations, cycles de conférences ou groupes de réflexion liés à la réduction de la demande de drogues.

⁸¹ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé ; Fédération addiction, fusion de l'Anitea (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) et de la F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie) (www.anitea.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida, (www.lecrips.net/reseau.htm).

Enfin, dans certaines régions, il existe, aux cotés des chefs de projets, des structures d'appui technique, chargées de la mise en place de projets, mais aussi de l'observation au plan local des niveaux de consommations et des réponses publiques.

Campagnes médias nationales et locales

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

Depuis une dizaine d'années, ces campagnes ont été émises par la MILD'T, associée le plus souvent à l'INPES et aux ministères concernés (Santé, Justice).

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

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

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

3.2. Prévention environnementale

Politiques de prévention environnementale en matière d'alcool et de tabac

La stratégie gouvernementale en prévention des usages de drogues licites est définie par des Plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et la toxicomanie et des Plans cancer. Le dernier Plan gouvernemental (2008-2011) met l'accent sur les « conduites d'alcoolisation massives » (*binge drinking*), notamment chez les jeunes, et sur la question de l'alcool dans le monde du travail - afin de réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les autres risques associés. Ce plan fixe comme objectif de modifier les représentations sociales des Français sur l'alcool, dans un contexte de baisse du niveau global de la consommation d'alcool par habitant. En revanche, il n'aborde pas spécifiquement la question de la prévention du tabagisme, cette question étant plus particulièrement traitée par le Plan cancer 2009-2013. Ce dernier pose comme objectifs de réduire l'attractivité des produits du tabac, d'assurer l'effectivité des mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (loi HPST) et d'aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par Internet.

L'alcool et le tabac font l'objet d'un contrôle du commerce, de la distribution et de la consommation ancien et régulièrement étoffé.

Depuis plusieurs siècles, la législation française réglemente le commerce et la distribution d'alcool, initialement pour des raisons fiscales et d'ordre public. À partir des années 1960, des considérations de santé publique influencent le cadre juridique. La loi du 10 janvier 1991⁸², dite « Loi Évin », la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires⁸³ (loi HPST) et le Code de la santé publique, modifié par ces dernières, sont aujourd'hui les principaux textes restreignant l'accessibilité des boissons alcoolisées, ou posant les grands principes de la prévention et de la prise en charge sociosanitaire qui y sont attachées.

La première loi française contre le tabagisme, adoptée le 9 juillet 1976 (dite loi Veil⁸⁴), réglementait notamment la publicité et le parrainage des manifestations sportives et interdisait de fumer dans les lieux publics où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé. Enfin, elle prévoyait des mesures d'information du consommateur sur les risques liés à l'usage du tabac. En 1991, la loi dite Évin renforce le caractère restrictif de la loi de 1976, s'agissant de la consommation, de la manufacture ou de la promotion des produits du tabac. Depuis, alors qu'il y a eu plusieurs assouplissements des mécanismes promotionnels du tabac, la restriction de l'usage a été renforcée ces dix dernières années, notamment à l'égard des jeunes.

Fiscalité

Le régime fiscal appliqué en France aux alcools et aux boissons alcooliques respecte la taxation minimale déterminée par le Conseil de l'Europe⁸⁵.

Ainsi, l'ensemble des boissons alcoolisées sont soumises à la TVA de 19,6 %. S'ajoutent des droits d'accise (droits de consommation ou droit de circulation) dont les taux s'échelonnent de 1,25 € à 1 514,47 € par hectolitre selon le type de produit et notamment le degré alcoométrique. En vertu d'objectifs spécifiques de santé publique, certaines boissons alcoolisées sont soumises à une taxation complémentaire. C'est le cas de la taxe sur les Premix, fixée à 11 € par décilitre d'alcool pur (art. 1613 bis du Code général des impôts). En 2009, la loi de financement de la sécurité sociale établit une cotisation sociale applicable aux boissons alcooliques titrant plus de 25 % en volume. En décembre 2011, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012⁸⁶ emploie le levier fiscal pour renchérir le prix des boissons alcoolisées (les niveaux de prix étant estimés comme inférieurs de 10 % à la moyenne de l'Union européenne), et contribuer à la lutte contre la consommation excessive d'alcool, notamment chez les jeunes. Entre autres, elle étend l'application de la cotisation sociale aux boissons titrant plus de 18 % d'alcool en volume. Le produit total des droits d'accise et de la cotisation sociale sur les alcools alimente les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles (**3,3 milliards d'euros** en 2011). Au total, ces mesures nouvelles devraient rapporter **340 M€**.

Le tabac est exclu de la liste des produits de consommation pris en compte dans l'indice des prix, ce qui a permis des augmentations régulières de son prix, en vue d'en freiner la consommation.

⁸² Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (NOR SPSX9000097L).

⁸³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR SASX0822640L).

⁸⁴ Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

⁸⁵ Directive n° 92/83/CEE et n° 92/84/CEE du Conseil du 19 octobre 1992.

⁸⁶ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (NOR BCRX1125833L).

Les produits du tabac sont soumis à une taxation *ad valorem* : la TVA au taux de 19,6 % et à des droits de consommation, proportionnels au prix de vente au détail pour tous les produits sauf les cigarettes. Pour les cigarettes, il se décompose en une part spécifique pour 1 000 cigarettes (27,58 €) et une part proportionnelle au prix de vente au détail (54,57 %), ces parts se calculant par rapport au prix de vente au détail de référence des cigarettes de la classe (actuellement 5,70 €).

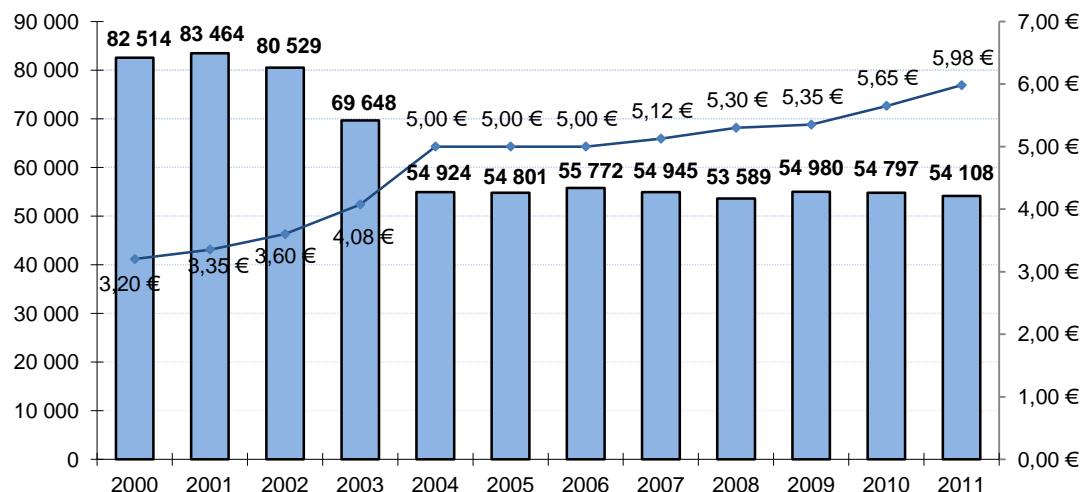
Tableau 3.1 : Taux du droit de consommation figurant à l'article 575 A du Code général des impôts

Groupe de produits	Taux applicable
Cigarettes	64,25 %
Cigares	27,57 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes (scaferlatis)	58,57 %
Autres tabacs à fumer	52,42 %
Tabacs à priser	45,57 %
Tabacs à mâcher	32,17 %

Le prix de détail des produits du tabac (exprimé aux 1 000 unités ou aux 1 000 g) est unique pour l'ensemble du territoire. Il est déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés au dessus du prix minimum fixé par l'État. Il est applicable après avoir été homologué, par décret, et ne peut pas être inférieur à la somme du prix de revient et de l'ensemble des taxes.

Après de fortes hausses du prix du tabac en 2003 (augmentations successives de 8 % en janvier et de 18 % en octobre) et en 2004 (+ 9 %), les dernières augmentations sont intervenues en novembre 2010, faisant passer le prix du paquet le plus vendu de 5,60 € à 5,90 € (+ 6%) et en janvier 2011 (+ 6%). Malgré cela, on assiste à une relative stagnation des ventes de cigarettes depuis 2004.

Graphique 3-1 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue



Source : Altadis / DGDDI

Contrôle de la vente (composition, conditionnement)

Les boissons, en vue de la réglementation de leur fabrication, de leur mise en vente et de leur consommation, sont réparties en cinq groupes, dont quatre concernent les boissons alcoolisées.

La vente d'alcool est soumise à autorisation⁸⁷. On distingue ainsi quatre licences pour les débits de boisson à consommer sur place, selon les catégories de boissons vendues, seule la licence IV donnant droit à la vente de tout type de boissons alcoolisées (cf. tableau infra).

Tableau 3.2 : Classification légale des boissons et des débits de boissons à consommer sur place ou à emporter

Classifications des boissons		Classification des débits de boissons	
Groupes	Nature des boissons	À consommer sur place	À emporter
1 ^{er} groupe	Boissons sans alcool, comprenant moins de 1,2° d'alcool	Licence I : licence de boissons sans alcool	
2 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Vins, cidres, bières • Vins doux naturels bénéficiant du régime fiscal des vins (Banyuls, Rivesaltes, Frontignan) • crèmes de cassis et les jus de fruits ou de légumes fermentés comportant de 1,2 à 3 degrés d'alcool 	<p>Licence II : licence de boissons fermentées non distillées (boissons groupes 1 et 2)</p>	Petite licence de vente à emporter (boissons groupes 1 et 2)
3 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Vins doux naturels autres que ceux du groupe 2 • Vins de liqueur (Porto, Malaga, Pineau) • Apéritifs à base de vin (Byrrh, Martini, Dubonnet ...) • Liqueurs de moins de 19° 	<p>Licence III : licence restreinte (incluant les produits alcooliques intermédiaires) (boissons groupes 1, 2 et 3)</p>	
4 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Rhums, Tafias, eaux de vie • Cognac, Armagnac • Autres liqueurs (Bénédictine, Cointreau, Chartreuse) • Alcools provenant de la distillation des vins, cidres, poirés ou fruits⁸⁸ 	<p>Licence IV : grande licence (pour boissons spiritueuses et alcools éthyliques)</p>	Licence de vente à emporter (boissons des 5 groupes)
5 ^{ème} groupe	Toutes les autres boissons, dont alcools éthyliques autres que ceux du groupes IV (anisées, gin, whisky, vodka, etc.) et Premix		

⁸⁷ Loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme.

⁸⁸ Ne supportant aucune addition d'essence ainsi que liqueurs édulcorées au moyen de sucre, de glucose ou de miel à raison de 400 grammes minimum par litre pour les liqueurs anisées et de 200 grammes minimum par litre pour les autres liqueurs et ne contenant pas plus d'un demi-gramme d'essence par litre.

Plusieurs dispositions légales régulent le conditionnement ou la composition des produits du tabac, notamment les formes qui apparaissent comme les plus attractives pour les jeunes. Ainsi, la vente de paquets de moins de 20 cigarettes⁸⁹ et la vente de cigarettes aromatisées, dites « cigarettes-bonbons » (parce que présentées dans des paquets aux couleurs attractives et vantées pour leur goût sucré et leur arôme) sont interdites.

Les emballages tout comme les paquets des produits du tabac doivent obligatoirement comporter l'avertissement sanitaire « Nuit gravement à la santé », la composition et la teneur moyenne en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone. Depuis le 20 avril 2011⁹⁰, les paquets de cigarettes doivent obligatoirement comporter, en plus de l'avertissement textuel au recto, un message sanitaire sous forme d'une photographie couleur commentée, sur 40 % du verso, ainsi que le numéro court de la ligne de téléphonie sociale Tabac info service. Cette mesure s'étendra à l'ensemble des produits du tabac (y compris tabac à rouler, cigares, cigarillos, etc.) à partir du 20 avril 2012. De plus, l'emballage des produits du tabac ne peuvent pas comporter de textes ou de signes figuratifs indiquant une nocivité moindre par rapport à d'autres produits du tabac.

La teneur maximale en goudron, fixée à 15 mg en 1991 par la loi Évin, n'a cessé de diminuer depuis : elle est de 10 mg par cigarette aujourd'hui. Elle est fixée par arrêté du ministre de la Santé.

Zones protégées et lieux de distribution restreinte

Depuis l'adoption de la loi Évin, l'exploitation de débits de boissons à consommer sur place est interdite sur le périmètre des « zones protégées » susceptibles d'être fréquentées par des mineurs et aucun nouvel établissement ne peut s'y implanter (sauf en cas de transfert). Ces zones protégées comptent les « établissements d'instruction publique et établissements scolaires privés, ainsi que tous établissements de formation ou de loisirs de la jeunesse » (art. L3335-1 du Code de santé publique).

L'ivresse publique et manifeste est actuellement possible d'une contravention de 2ème classe (150 € d'amende). Le contrevenant est susceptible d'être retenu au poste de police le plus proche jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison. L'ivresse **dans une enceinte sportive** constitue un délit passible d'emprisonnement, notamment en cas de violences (loi du 6 décembre 1993⁹¹). Cependant, les buvettes dans les stades, interdites en 1991, ont été réintroduites par la loi du 30 décembre 1998⁹².

Depuis le 1^{er} février 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun et dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs (y compris les endroits ouverts tels les cours d'établissements

⁸⁹ Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. (NOR SANX0306354L).

⁹⁰ Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac (NOR SASP0931273A).

⁹¹ Loi n°93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives (NOR MJSX9300141L).

⁹² Loi de finances rectificative pour 1998 (n°98-1267 du 30 décembre 1998) (NOR ECOX9800170L).

scolaires)⁹³. Un an plus tard (le 1^{er} janvier 2008), le même décret étend cette interdiction aux lieux de « convivialité » tels que les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.

Dispositions dirigées vers les jeunes

La vente d'alcool aux mineurs fait l'objet de dispositions particulières. L'interdiction de vente aux mineurs a été instaurée en 1914, mettant alors en jeu deux limites d'âge (16 et 18 ans), deux modes de vente (sur place et à emporter) et deux catégories de produits (boissons du 2^{ème} groupe d'une part et du 3^{ème} au 5^{ème} groupe d'autre part). À partir de 1991, la loi Évin prohibe la vente mais aussi l'offre (gratuite) d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, pour tous types de boissons alcoolisées. Dès lors, les débits de boissons ne sont pas autorisés à recevoir les mineurs de moins de 16 ans qui ne sont pas accompagnés d'une personne de plus de 18 ans qui en a la charge ou la surveillance. En 2009, la loi HPST modifie le dispositif réglementaire, notamment le Code de santé publique, en matière d'alcool, et de tabac, afin de limiter les consommations à risque, notamment chez les jeunes.

Elle élargit l'interdit de la vente d'alcool à tous les mineurs de moins de 18 ans, dans tous commerces ou lieux publics, et ceci quel que soit le mode de vente (sur place ou à emporter) ou la catégorie de boissons alcooliques (groupes 2 à 5). La personne qui délivre la boisson peut exiger la preuve de la majorité du client (art. 93 de la loi HPST, modifiant l'art. L.3342-1 du Code de santé publique).

La loi HPST fixe l'interdiction de vendre au forfait ou d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial (sauf lors des fêtes ou foires traditionnelles où les dégustations demeurent autorisées⁹⁴). Cette interdiction, bien qu'elle ne cible pas seulement les jeunes, vise spécialement la pratique commerciale communément appelée « *open bars* » (entrées payantes, avec boissons à volonté) (art. 94, modifiant l'article L.3322-9 du Code de santé publique). Lors des « *happy hours* », il devient obligatoire de proposer également des boissons sans alcool à prix réduit (art. 96, L.3323-1 du Code de santé publique).

La vente d'alcool est restreinte dans les stations-services : auparavant permise entre 6 h et 22 h, elle ne l'est plus qu'entre 8 h et 18 h. Il est également strictement interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées, destinées à une consommation immédiate, dans les points de vente de carburant (art. 94).

Le non-respect de l'interdiction de vendre (lieux de vente sur place ou à emporter) ou d'offrir à titre gratuit (à volonté ou non) des boissons alcooliques est puni de 7 500 € d'amende. Il est possible de peines complémentaires : l'interdiction temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons, pour une durée d'un an au plus, et l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale (art. 131-35-1 du Code pénal). En cas de récidive, les contrevenants encourrent une sanction d'un an d'emprisonnement et une amende de 15 000 €.

⁹³ Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (NOR SANX0609703D).

⁹⁴ La loi prévoit que les conditions d'autorisation des fêtes et foires nouvelles soient fixées par décret du préfet de département.

La loi française interdit aujourd’hui de vendre ou d’offrir à titre gratuit des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, tabac à pipe, cigares, cigarillos, etc.) ou leurs ingrédients – y compris le papier et le filtre – aux moins de 18 ans et non plus seulement aux moins de 16 ans (art. 3511-2-1 du Code de santé publique). Le vendeur peut exiger de l’acheteur la présentation d’une pièce d’identité. Une affiche rappelant l’interdit doit être placée à la vue du public dans les débits et autres revendeurs de tabac⁹⁵.

Les infractions sont passibles des amendes prévues pour les contraventions de 2ème classe (pouvant atteindre 150 €), sauf si le contrevenant apporte la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du mineur.

Restriction de la consommation : conduite, grossesse, travail

La conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965⁹⁶ en France. Depuis le décret du 29 août 1995⁹⁷, l'alcoolémie légalement tolérée pour tout conducteur de véhicule est fixée à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré). Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction relevant, selon le niveau d'alcoolémie constaté, du tribunal de police ou du tribunal correctionnel. Elle est passible, entre autres, d'une peine d'amende (de 135 à 4 500 €), du retrait de points du permis de conduire, de la suspension ou du retrait du permis, voire d'une peine de prison. En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre 10 ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

La préconisation de l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse est obligatoirement apposée sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcooliques (TAV⁹⁸ > 1,2°). Elle peut prendre la forme d'un pictogramme ou d'un texte (art. L 3322-2 du Code de santé publique). Les deux formes sont régies par des critères de lisibilité, visibilité et intelligibilité définis par l'arrêté du 2 octobre 2006⁹⁹.

Le Code du travail interdit la présence de personnes en état d'ébriété dans les locaux professionnels et visent à limiter l'introduction de boissons alcoolisées dans l'entreprise. Celles-ci sont interdites dans les distributeurs automatiques et le cadre général de leur consommation et de leur circulation est délimité par le chef d'entreprise par le biais du règlement intérieur¹⁰⁰. Le règlement intérieur doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie. L'alcootest n'est pas obligatoirement pratiqué par un médecin. En vertu des libertés individuelles, le recours à l'alcootest auprès d'un salarié ne peut s'appliquer que pour prévenir ou faire cesser une situation dangereuse, liée à la manipulation de produits ou de machines dangereux ou à la conduite d'un véhicule automobile, de transport collectif notamment¹⁰¹. Il ne peut pas être utilisé

⁹⁵ Arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L. 3342-4 du Code de la santé publique (NOR SASP1002542A).

⁹⁶ Loi n°65-373 du 18 mai 1965 modifiant l'article L. 1er du Code de la route.

⁹⁷ Décret n°95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R. 233-5, R. 256 et R. 266 du Code de la route (NOR EQUS9500428D).

⁹⁸ TAV : Titre alcoométrique volumique.

⁹⁹ Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées (NOR SANX0602395A).

¹⁰⁰ Circulaire TE n°69-4 du 13 janvier 1969 relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.

¹⁰¹ Circulaire DRT n°83-5 du 15 mars 1983 relative à l'application des articles 1 à 5 de la loi du 4 août 1982 concernant les libertés des travailleurs dans l'entreprise.

par l'employeur pour faire constater une faute du salarié, c'est pourquoi la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu d'imposer la présence d'un tiers ou de prévoir la possibilité d'une contre-expertise (arrêt du Conseil d'État du 12 novembre 1990).

Restriction de la publicité

La loi Évin encadre le contenu et les supports de la publicité en faveur des produits alcooliques. Elle interdit toute propagande ou publicité en faveur des boissons alcoolisées supérieures à 1,2°, sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs (télévision, cinéma). Elle dispose que tout message publicitaire doit mentionner que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé », et exhorter le public à le « consommer avec modération ».

Depuis, face aux revendications économiques des producteurs et distributeurs, plusieurs assouplissements des dispositions de 1991 ont été adoptés, tels que l'autorisation d'affichages publicitaires de plus en plus libéralisés, la référence aux caractéristiques olfactives et gustatives des produits (loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux)¹⁰². Dernièrement, la loi HPST a statué pour l'autorisation de la publicité en ligne pour les boissons alcoolisées, sauf sur les « sites destinés à la jeunesse » (dont la définition n'est pas explicitée : cf. article 97 de la loi).

La promotion de la vente et la distribution gratuite ou à un prix promotionnel sont interdites, sauf pour les enseignes des débits de tabac et pour les publications professionnelles ou à disposition exclusivement du public non communautaire.

Les chaînes de télévisions françaises peuvent retransmettre des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée. Néanmoins, le Plan cancer 2009-2011 avance comme objectif « de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision ».

Le parrainage en faveur du tabac est également interdit. Les infractions sont punies de 100 000 € d'amende. L'amende peut être portée au delà de cette somme dans la limite de 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale (L3512-2 du Code de la santé publique). Les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile et sont souvent très actives dans la poursuite des infractions.

Autres changements d'ordre social ou normatif

La loi HPST (art. 94) instaure l'obligation de formation de la personne qui veut vendre des boissons alcooliques à emporter (art. L.3331-4 du Code de santé publique) et des mesures renforçant les pouvoirs des agents de contrôle (art. L.3351-8). Le non-respect de l'obligation de formation est puni d'une amende de 3 750 €.

La loi HPST (art. 95) renforce les compétences des mairies pour interdire la vente d'alcool à emporter de nuit (entre 20 heures et 8 heures). Les infractions à l'interdiction fixée par les arrêtés municipaux donnent lieu à une contravention de 4ème classe. Lors des dernières

¹⁰² Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, JORF du 24 février 2005 (NOR AGRX0300111L).

années, plusieurs initiatives de « charte de la vie nocturne » sont nées, entendues entre décideurs locaux (préfectures ou mairies) et exploitants des débits de boisson, pour une meilleure sécurité des usagers et une consommation maîtrisée d'alcool par la clientèle, face aux risques de violence et au risque routier.

En 2003, la sensibilisation au risque tabagique devient obligatoire dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire¹⁰³.

3.3. Prévention universelle

Au terme du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011, l'année 2011 n'a pas donné lieu à de nouveaux développements en matière de prévention. Les sections dédiées ici à la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée résument les grandes lignes de l'action gouvernementale, qui étaient déjà détaillées dans le rapport national précédent

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

3.3.1. Milieu scolaire

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

Le guide d'intervention mis à jour a été finalement diffusé en décembre 2010 (DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) *et al.* 2010).

En avril 2010, le site Internet du réseau des IUFM (Institut universitaire de formation des maîtres) pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives a été officiellement inauguré¹⁰⁴. Il propose notamment les actes de colloques et outils destinés aux formateurs d'enseignants en éducation à la santé. En octobre 2010, le réseau des IUFM et l'INPES ont publié le pack de formation Profédus pour la formation et l'accompagnement au montage d'un projet d'éducation pour la santé dans le premier ou le second degré. Composé d'un DVD, d'un manuel, d'une photoformation et de fiches techniques sur la démarche de projets, cet outil se veut une aide théorique et pratique.

¹⁰³ Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. (NOR SANX0306354L).

¹⁰⁴ <http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention/spip.php?article39>

La population étudiante (enseignement supérieur) est explicitement citée par le Plan gouvernemental 2008-2011 comme un public-cible prioritaire. Le rapport national 2010 résume les dernières données épidémiologiques disponibles sur la population étudiante. En 2000 et 2005, les usages d'alcool, de tabac ou de cannabis se révélaient certes élevés chez les étudiants de 18-25 ans, mais globalement inférieurs à ceux constatés dans le reste de la population de cette tranche d'âge (actifs ou chômeurs) (Legleye *et al.* 2008). Cependant, la tendance s'inverse si l'on se concentre sur les consommations féminines d'alcool ou de cannabis, plus élevées chez les étudiantes que chez les autres femmes de la même tranche d'âge.

Au regard des chiffres disponibles, le milieu étudiant n'est pas celui où l'on observe le plus de besoins, mais les dispositifs de santé et de protection sociale qui lui sont associés en font certainement un cadre plus favorable à l'organisation d'actions de prévention que ne le sont le milieu du travail ou les milieux qui permettraient d'atteindre les chômeurs. Dans la période 2008-2011, plusieurs outils dédiés au public étudiant ont été développés : le site web Addict'prev, le *Guide d'organisation de soirées étudiantes* et le site www.montetasoiree.com, tous trois issus d'initiatives locales mais reproductibles à plus grande échelle. Le site web Addict'prev¹⁰⁵ a été inauguré en février 2010 par le service de santé universitaire des universités de Clermont-Ferrand (région Auvergne). Sur le principe de l'intervention brève et de l'approche motivationnelle, il fournit une information générale sur les conduites addictives, les mesures préventives et les dispositifs d'aide et propose aussi les moyens d'une autoévaluation des consommations d'alcool, de tabac ou de cannabis. Les personnes témoignant d'usages nocifs sont orientées vers le service de santé universitaire. Le *Guide d'organisation de soirées étudiantes* – élaboré par l'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM, qui devient EmeVia en 2012) – ainsi que le site www.montetasoiree.com – conçu par l'association Avenir santé avec le soutien de la préfecture de Paris, ont reçu l'aval de la Commission nationale de validation des outils de prévention, respectivement en mai et en novembre 2010. Ils fournissent aux organisateurs de manifestations étudiantes les conseils utiles pour que ces événements puissent se dérouler en assurant la sécurité des bénéficiaires et dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de consommations d'alcool ou de rassemblement public. Le site internet www.montetasoiree.com indique également des ressources méthodologiques, humaines, matérielles ou financières adaptées.

3.3.2. Familles

La politique actuelle encourage les adultes référents, au premier rang desquels les parents, à prendre une part active à la prévention.

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

¹⁰⁵ Addict'prev : <http://www.addictprev.fr/>

La MILDT a porté sur la scène publique le débat sur la parentalité et la prévention. Des assises sur la parentalité, organisées en mai 2010, ont permis de confronter différents domaines d'expertise (pédopsychiatrie, sciences de l'éducation, droit, protection judiciaire de la jeunesse, protection de l'enfance, etc.) sur l'autorité parentale, la légitimité d'intervention des parents et l'aide à la parentalité. Les débats ont permis d'orienter la campagne gouvernementale de sensibilisation dirigée vers les parents et autres adultes référents, du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011 (voir 3.6). Au printemps 2010, un sondage révélait que 21 % des parents ayant un enfant de moins de 26 ans n'avaient jamais évoqué avec leurs enfants les dangers liés aux consommations de drogues illicites et que 22 % ne leur avaient jamais rappelé l'interdiction légale pesant sur ces usages.

En mai 2010, la ministre chargée de la santé annonçait la création d'un site Internet consacré à la parentalité et d'un service d'assistance téléphonique pour les parents en difficulté. Le projet de site Internet d'aide, d'échange et d'identification rapide des ressources, pourrait s'inspirer de l'expérience allemande « *Quit the shit* »¹⁰⁶, en reprenant le principe d'un suivi régulier par une équipe « d'écoutants » professionnels. Ces mesures sont actuellement en développement.

3.3.3. Communautés

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

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

Un guide élaboré sous le pilotage de la Direction générale du travail et de la MILDT, annoncé lors des assises, est paru en janvier 2012. Intitulé *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, il a pour but d'offrir aux

¹⁰⁶ « *Quit the shit* » est un programme d'aide à l'arrêt du cannabis lancé en 2004 via Internet dédié aux jeunes usagers désireux de réduire ou cesser leur consommation. La pièce centrale du programme est un journal interactif dans lequel les usagers évoquent de façon régulière leurs progrès et leurs difficultés. Une équipe d'écoutants soutient chaque participant dans la réalisation de son objectif personnel en maintenant des contacts et conseils réguliers (au moins une fois par semaine) durant les 50 jours de suivi.

entreprises les outils et repères utiles pour une politique de prévention adaptée à leur contexte et à la particularité des risques liés aux usages de drogues licites et illicites.

Toutefois, le Plan de santé au travail 2010-2014, élaboré par le ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique, n'aborde pas le sujet des consommations psychoactives ni de leurs conséquences en milieu professionnel.

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

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

3.4.1. Groupes à risque

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

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

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

3.4.2. Familles à risque

L'action interministérielle de lutte contre les drogues ne vise pas directement les familles dites à risques du fait de consommations de drogues ou de dépendance. L'action publique auprès de ces familles est de la responsabilité partagée des départements et de la justice. Cette politique, largement décentralisée (départements) est conduite sous la coordination du directeur général de l'action sociale et mobilise les dispositifs d'aide de droit commun. Notons cependant que la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹⁰⁷ vise entre autres à améliorer la prévention auprès des enfants en situation à risque de maltraitance ou de négligence, notamment liées à des problèmes d'usages ou dépendances aux drogues.

¹⁰⁷ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (NOR SANX0600056L).

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

Le milieu récréatif regroupe l'espace festif alternatif et l'espace festif commercial (bars et clubs). Depuis le décret dit Mariani et Vaillant¹⁰⁸ en 2002, l'approche institutionnelle de la prévention en milieu festif ou récréatif n'a pas connu d'évolution particulière, si ce n'est l'institution en juillet 2009 de l'interdiction légale d'offrir et de vendre des boissons alcoolisées aux mineurs de moins de 18 ans dans les lieux publics (article 93) et l'interdiction légale de vendre au forfait et d'offrir à volonté de boissons alcooliques (*open bars*) (article 94)¹⁰⁹. Notons enfin que, face à une augmentation des injections parmi les participants aux événements festifs alternatifs, la distribution de seringues est désormais fréquente, du moins dans les plus importants.

Cependant, depuis 2002, les acteurs spécialisés ont pu constater un éclatement de l'espace festif en événements plus modestes, mais aussi plus nombreux et plus clandestins, qui a compliqué la tâche des acteurs de réduction des risques. Ces derniers peinent à démultiplier les interventions sur les lieux mais aussi à être informés de ces événements dont la publicité passe de plus en plus par les réseaux sociaux (Facebook, etc.).

3.5. Prévention indiquée

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

Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants sont proposés aux personnes interpellées pour usage, âgées de treize ans au moins, dans le cadre des alternatives aux poursuites, de la composition pénale¹¹⁰ ou à titre de peine complémentaire. Ce dispositif est plus détaillé dans le chapitre 9.1.1. et 9.4.1.

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

3.6. Campagnes media nationales et locales

Le troisième volet de communication du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 « Contre les drogues chacun peut agir » s'est achevé au tout début de l'année 2011. Trois spots différents mettant en avant le rôle des parents et de l'entourage dans la prévention de l'usage chez les adolescents ont été lancés conjointement par le ministère de Santé, la MILD'T et l'INPES. Ils ont été diffusés du 13 décembre 2010 au 3 janvier 2011. Cette vague de films succédait à la campagne « Drogues : ne fermons pas les yeux » d'octobre 2009, puis « La drogue, si c'est illégal ce n'est pas par hasard » en novembre 2009.

¹⁰⁸ Décret n°2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical (NOR INTD0200114D).

¹⁰⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR SASX0822640L).

¹¹⁰ Procédure permettant au procureur de la République de proposer une ou plusieurs mesures à une personne reconnaissant avoir commis une contravention ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à 5 ans.

Au cours de l'année 2011, aucune action totalement nouvelle n'a été menée, mais plusieurs initiatives antérieures ont été reprises ou complétées.

Ainsi, cette campagne parentalité a à nouveau été diffusée du 12 septembre au 2 octobre 2011 sur les chaînes numériques terrestres au plan national et sur un réseau de chaînes Outre-mer. En septembre et octobre, les départements d'Antilles et Guyane ont également fait l'objet d'un prolongement de cette campagne parentalité à travers trois visuels spécifiquement adaptés en presse et affichage.

Quelques semaines auparavant, du 4 juillet au 14 août, toujours aux Antilles et à la Guyane, le spot de 2008 sur l'alcool « Boire trop » avait également été rediffusé avant qu'un livret alcool ne soit distribué à la rentrée scolaire.

Concernant la campagne d'octobre 2009, les films viraux « si les dealers disaient la vérité... » inclus originellement dans le dispositif et destinés aux réseaux sociaux, ont été adaptés pour la télévision. Traitant du cannabis, de la cocaïne, et de l'ecstasy, ces films de 35 secondes ont été diffusés sur différentes chaînes numériques ciblant le public jeune du 12 septembre au 2 octobre 2011.

Enfin, il convient de mentionner durant cette période l'aboutissement du travail entrepris à l'occasion de la campagne de novembre 2009 sur l'interdit légal autour du concours « Talents vs drogues »¹¹¹. Il s'agissait en partenariat avec Warner Music France et la radio NRJ de sélectionner des projets dénonçant les méfaits des drogues à travers une création musicale. Cette initiative débutée le 4 octobre 2010 s'est achevée le 24 janvier 2011 avec la sortie du single gagnant « ne joue pas les *bad boys* » par Jahriki & Blessinfire.

Ajoutons, concernant cette campagne sur l'interdit légal, qu'elle a été l'occasion d'un ultime prolongement début 2012. Cette fois c'est une campagne interactive, « l'envers du décor »¹¹², diffusée sur Youtube du 13 février au 11 mars 2012 qui interpellait les citoyens mais surtout les 13-18 ans à propos des dommages que consommation et trafics représentent pour l'ensemble de la société. Un budget de 600 000 € a été consacré à l'achat d'espace sur Internet et au référencement ; 365 000 vidéos ont été vues par des internautes arrivés directement sur Youtube, mais le nombre total de visionnages pourrait atteindre 650 000.

¹¹¹ <http://www.talentsvsdrogues.com/>

¹¹² <http://www.youtube.com/lenversdudecor>

4. Usage problématique

4.1. Introduction

La France dispose depuis le milieu des années 1990 d'estimations nationales du nombre d'usagers problématiques de drogues. La dernière estimation établie par l'OFDT, porte sur des données 2011 et fait suite à celles précédemment établies en 1995, 1999 et 2006. La définition de l'usage problématique de drogues a cependant évolué entre les différentes études : en 1995 le critère d'inclusion dans cette catégorie était l'usage d'opiacés ; en 1999 ce critère a été élargi à celui de la cocaïne. La définition proposée par l'OEDT en 2004 a été adoptée pour les estimations de 2006 et 2011 : la notion d'usagers problématiques de drogues comprend les usagers, âgés de 15 à 64 ans, de toutes drogues par voie intraveineuse ou les usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines. Il existe cependant une légère différence dans l'approche utilisée en France et les recommandations de l'OEDT. Dans les études menées en 2006 et 2011, sont considérés comme usagers problématiques tous les patients ayant consommé les substances mentionnées ou utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours. L'utilisation de ce critère d'inclusion ne permet cependant pas de savoir si cet usage dure depuis un an, condition qui figure dans le protocole européen. L'objectif de ce critère était probablement d'exclure les usagers « occasionnels ». En pratique, la quasi-totalité des usagers récents de ces substances ou de la voie intraveineuse vus dans les centres de soins et les centres de réduction des risques sont des usagers au long cours.

Il faut par ailleurs noter que l'estimation de 2011 ne porte, comme en 2006, que sur la France métropolitaine.

Les estimations de 2011 et de 2006 ont été réalisées en utilisant trois des méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française : méthode multiplicative à partir de données de traitement, ici les ventes de médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) ; méthode multiplicative à partir de données d'interpellations par les services de police et de gendarmerie ; méthode multivariée reposant sur des indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues et d'estimations locales de prévalence établies par application de la technique capture/recapture. Toutes les estimations nationales obtenues s'appuient en fait sur les résultats des estimations locales de prévalence utilisant la méthode capture recapture pour les six villes suivantes : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b; Vaissade *et al.* 2009). Les prévalences locales de l'usage à problème seront abordées dans une première section. Les résultats nationaux sont présentés dans un second temps.

Dans le contexte français caractérisé par un faible repérage possible des usagers de drogues dans les systèmes d'information administratifs pour des raisons liées au respect de l'anonymat, les études de prévalence impliquent la réalisation de véritables recensements à l'échelon local par les professionnels des structures d'accueil par ailleurs surchargés. Ces recensements sont incompatibles avec un long questionnement, la priorité étant donné à l'exhaustivité du recueil. C'est pourquoi il n'est pas possible de décrire en détail les usagers de drogues à problèmes à partir des données issues des études de prévalence. Les caractéristiques de ces usagers présentées dans la section 4.3 de ce chapitre sont décrites à partir des résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2010 menée auprès des usagers fréquentant les structures de réduction des risques. Le descriptif de cette enquête figure dans l'annexe VI.

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

Prévalences locales

Pour réaliser des estimations locales de prévalence de l'usage à problème par la méthode capture recapture, il est nécessaire de recueillir des données sur la fréquentation de plusieurs « lieux » par des usagers de drogues correspondant à la définition déjà évoquée des usagers problématiques. Ces données permettent ainsi de déterminer dans chaque ville le nombre d'usagers ayant été vus dans un seul lieu ou plusieurs lieux. Cette information est au cœur de la modélisation statistique permettant d'estimer le nombre total d'usagers de drogues à problèmes. L'ensemble des institutions susceptibles d'entrer en contact avec des usagers de drogues dans les six villes ont été sollicitées dans le cadre de cette étude pour participer au recensement des usagers : centres spécialisés de soins en addictologie (ambulatoires et en maison d'arrêt), services hospitaliers, structures de réduction des risques, structures de réinsertion en contact avec les populations précaires et de rue, médecins généralistes et services de police dans certains sites. Le recueil a été mené dans chaque ville sur une période de six mois (de janvier à juin 2011). Les données ainsi recueillies ont ensuite été envoyées à l'OFDT qui a réalisé les analyses.

L'estimation du nombre d'usagers à problème dans chaque ville a tout d'abord été réalisée par modélisation log-linéaire, comme cela avait été le cas dans l'étude précédente. Mais de faibles recouplements entre les différents lieux ont conduit à des modèles instables, ainsi qu'à des intervalles de confiance extrêmement larges. Pour améliorer la qualité de l'estimation, on a utilisé une méthode alternative qui repose sur l'estimation pour chaque personne de sa probabilité d'apparition dans plus d'un « lieu » à partir d'un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres (âge, sexe, logement, substances déclarées, etc.). Le lien entre la probabilité de présence dans plusieurs lieux et les variables explicatives est modélisé à l'aide d'une régression logistique. Les coefficients associés, statistiquement significatifs, sont ensuite appliqués à chaque individu par combinaison linéaire, dont la somme permet d'estimer la taille réelle de la population (Böhning *et al.* 2009a; Böhning *et al.* 2009b). Cette méthode a été appliquée aux données 2006, afin de garantir la comparabilité entre les deux années.

Les prévalences estimées se situent en 2011 entre un minimum de 8,9 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans à Rennes et un maximum de 13,7 pour 1 000 habitants à Metz. Les intervalles de confiance associés sont particulièrement larges pour ces deux villes. La comparaison entre les prévalences de 2011 et celles de 2006 fait apparaître une hausse du nombre des usagers problématiques de drogues. Cependant, les intervalles de confiance assez larges, dus à des effectifs et un recouplement entre les lieux relativement faibles, ne permettent pas de conclure à une hausse statistiquement significative.

Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues par site en 2011, et prévalence (%) parmi les 15-64 ans.

Site	Observé	Estimé*	IC 95%	Prévalence 2011	IC 95 %	Prévalence 2006	IC 95 %
Lille	1 143	8 300	7 900-8 700	11,2	10,7-11,7	10,5	8,6-14,0
Lyon	956	9 200	8 900-9 500	10,2	9,8-10,5	10,6	8,0-15,0
Marseille	618	6 600	6 100-7 100	11,4	10,5-12,3	10,3	7,7-14,2
Metz	309	3 300	2 000-5 900	13,7	9,0-26,9	10,8	8,0-15,0
Rennes	296	1 800	1 200-2 600	8,9	6,0-13,3	7,6	5,6-11,7
Toulouse	976	7 500	7 100-7 900	13,1	12,4-13,8	10,1	8,0-12,9

* Arrondis à la centaine la plus proche. Source : NEMO 2011, calculs des auteurs.

La comparaison des estimations de prévalence depuis 1999 n'est possible que pour les trois villes présentes dans les enquêtes successives et pour les seuls usagers d'héroïne et de cocaïne. Le cas de Toulouse, où apparaît une forte augmentation de la prévalence sur l'ensemble de la période, contraste avec celui des deux autres villes, pour lesquelles la prévalence est restée plus stable.

Tableau 4.2 : Estimations de la prévalence d'usagers problématique d'héroïne et de cocaïne par site et prévalence (%) parmi les 15-64 ans, 1999-2011.

Site	Prévalence 1999	IC 95%	Prévalence 2006	IC 95 %	Prévalence 2011	IC 95 %
Lille	6,2	5,2-7,2	6,4	4,9-7,9	6,9	5,7-8,7
Marseille	6,4	5,8-7,6	6,1	4,2-6,9	6,7	6,2-7,3
Toulouse	4,3	4,0-4,7	6,7	5,2-8,3	8,7	6,9-11,1

Source : NEMO 2011, calculs des auteurs.

Estimation nationale.

Le nombre d'usagers de drogues à problème estimé au niveau national varie, suivant la méthode utilisée, entre 222 000 (multiplicateur appliqué aux données d'interpellation) et 340 000 (méthode multivariée), ce qui correspond à des prévalences respectives de 5,5 pour mille et de 8,4 pour mille. Avec la méthode du multiplicateur appliquée aux données de traitement, on obtient une prévalence intermédiaire de 7,5 pour mille. Les estimations reposant sur les données d'interpellations se situent à un niveau plus faible que pour les deux autres estimations, notamment que pour celles obtenues avec la méthode multiplicative, les intervalles de confiance ne se recouplant plus du tout. En 2006, la fourchette de valeurs adoptée au niveau national, soit 210 000 à 250 000 usagers, correspondait à la zone de recouplement des intervalles de confiance calculés pour chaque méthode d'estimation. L'adoption du même principe pour les données 2011 conduit à exclure la méthode multiplicative appliquée aux interpellations et à ne conserver que l'estimation reposant sur les données de traitement et l'estimation « multivariée ». On obtient une fourchette de valeur assez large qui se situe entre 275 000 et 360 000 usagers de drogues à problèmes. Les bornes de prévalences inférieures et supérieures associées à ces estimations sont 7 pour mille et 9 pour mille. Ce résultat place la France dans la moyenne de l'Union européenne.

Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine, 2011.

Méthode d'estimation	Estimation 2011	IC 95 %	Estimation 2006	IC 95 %
Multiplicative traitement	299 000	238 000-360 000	272 000	209 000-367 000
Multiplicative Interpellations	222 000	176 000-267 000	187 000	144 000-253 000
Multivariée	340 000	275 000-410 000	264 000	189 000-338 000

Source : NEMO 2011, calculs des auteurs.

Dans l'ensemble, les trois méthodes d'estimation font apparaître des prévalences de l'usage problématique en hausse sensible comparées aux estimations de 2006, mais avec des intervalles de confiance tellement larges qu'il est difficile de conclure à une augmentation. On peut simplement souligner qu'une croissance du nombre d'usagers de drogues problématiques paraît plausible. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part un vieillissement de cette population, moins exposée à un fort risque de décès depuis la montée en charge des traitements de substitution à la fin des années 1990, et d'autre part un certain « renouvellement de cette population » du fait de la diffusion des stimulants, de l'apparition de nouveaux usagers d'opiacés et de l'évolution de la scène festive.

Ces estimations fournissent des repères utiles en dépit de larges marges d'incertitude. Les limites des différentes méthodes d'estimation méritent cependant d'être discutées. La méthode multiplicative utilisant les données de traitement repose sur les données de vente des deux médicaments de substitution aux opiacés qui permettent d'établir des estimations du nombre d'usagers de drogues concernés par ces traitements. Compte-tenu de la très grande accessibilité de ce type de traitement en France, ces données sont une excellente base pour l'application de cette méthode. Néanmoins, ces estimations peuvent être sensibles à l'existence de mésusages et de détournements de ces traitements, plus ou moins importants suivant les zones géographiques. Cette absence d'homogénéité géographique pourrait conduire à une légère surestimation de la prévalence de l'usage à problème par cette méthode.

La deuxième méthode, « Méthode multiplicative à partir de données d'interpellations », repose sur le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne ou de cocaïne qui peut être considéré comme un indicateur indirect de l'usage de drogues mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie dans le domaine de la lutte contre la drogue. Or l'importance accordée à cette mission est aussi susceptible de varier d'une zone géographique à l'autre sans toujours refléter des différences de niveau d'usage de drogues. Un autre biais possible dans l'utilisation de cet indicateur est que les personnes interpellées par la police pour usage d'opiacés ou de cocaïne ne correspondent pas toujours exactement aux critères d'inclusion parmi les usagers problématiques. Il est difficile de déterminer si ces biais vont dans le sens d'une sous estimation ou d'une sur estimation du nombre d'usagers problématiques.

La troisième méthode, « Méthode multivariée à partir d'indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues », a l'avantage de croiser différentes sources de données à partir desquelles les estimations des données de prévalence connues pour 6 départements sont extrapolées aux 90 autres départements. Néanmoins, comme les deux autres, elle repose aussi sur les estimations locales de prévalence présentées dans la section précédente. La lourdeur et le coût de l'enquête à mener dans chaque ville pour obtenir une estimation a conduit à limiter le nombre de villes à 6, ce qui reste trop limité pour réaliser une estimation nationale. Il serait nécessaire pour augmenter la précision et la fiabilité des estimations de disposer d'estimations dans un nombre beaucoup plus élevé de villes. Ce souhait paraît actuellement impossible à réaliser dans le contexte français. Le système administratif français se caractérise toujours aujourd'hui par un niveau élevé de protection des données qui ne permet pas comme dans d'autres pays d'observer la présence ou l'absence d'un usager de drogues dans plusieurs sources administratives de données et de multiplier ainsi les estimations locales de prévalence de l'usage de drogues à problèmes.

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

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

Il n'y a aucun travail de disponible en France sur cette question de l'incidence de l'usage problématique de drogues.

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

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

Les usagers des CAARUD

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif de soins, s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomane que dans une logique de soins. Les CAARUD reçoivent ainsi des populations dans l'ensemble plus polyusagères et plus précaires que celles

rencontrées dans les dispositifs de soins. Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues non récréatifs.

Il faut ainsi noter dans ces données une probable sous représentation des plus jeunes, jeunes en errance, ou *travellers* issus de l'espace festif, souvent accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manière plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés socialement fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD (Cadet-Taïrou *et al.* 2010a).

Les résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2010 (voir annexe VI-F) sont marqués par une chute du taux de réponse de près de 10 % par rapport à l'édition 2008 (60 % vs 70 % en 2008). Le manque de temps des professionnels des CAARUD chargés de passer le questionnaire apparaît comme le premier motif des non-réponses (42 %), suivi par le refus de l'usager (30,2 %). Dans 11,7 % des cas, c'est l'incapacité de l'usager à parler français qui est en cause. De manière concomitante on observe, entre 2008 et 2010, une chute des valeurs des variables rendant compte de la précarité des usagers. Cependant, les éléments qualitatifs disponibles semblent indiquer le contraire, dans un contexte de précarisation des populations. Il est donc légitime de s'interroger sur un lien éventuel entre la baisse du taux de réponse et la diminution de la précarité des répondants dans l'étude. L'hypothèse que les usagers les plus difficiles à interroger, vraisemblablement les plus précaires, aient été moins interrogés que les autres apparaît plausible. On ne peut écarter cependant, la possibilité que les CAARUD aient gagné de nouveaux usagers, mieux insérés socialement, ou que les conditions de vie des usagers précaires se soient améliorées.

Les usagers de drogues ont été interrogés en priorité dans un lieu d'accueil fixe (84,8 %). 14,6 % ont été rencontrés par une unité mobile ou une équipe de rue.

Des usagers plutôt précaires

Selon l'étude ENa-CAARUD 2010, les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (35,5 ans) soit 1,4 ans en moyenne de plus qu'en 2008. Plus de la moitié (57,2 % vs 48,8 % en 2008) d'entre eux a au moins 35 ans et les moins de 25 ans représentent 13,9 % de l'ensemble (vs 18,2 % en 2008) (Cadet-Taïrou *et al.* à paraître)(voir aussi chapitre 8)

Il s'agit toujours d'une population très majoritairement masculine (80,0 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes. Ainsi, si seuls 10,8 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 26,4 % à être dans ce cas. Elles représentent 38,0 % des moins de 25 ans.

Plus de la moitié des personnes rencontrées vivent seules (54,3 %) et 20,3 % sont en couple, les autres vivent avec des amis, des parents ou seuls avec leurs enfants. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes mais sont davantage en couple (38,4 % vs 13,0 %) ou seules avec leurs enfants (7,4 % vs 1,4 %). Parmi elles, près de la moitié sont mères (47,3 %).

Les usagers qui fréquentent en 2010 les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante (Cadet-Taïrou 2012).

- Parmi eux, la moitié (46,8 %) connaît des conditions de logement instables : 62 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire¹¹³.
- Un quart dispose d'un salaire ou d'allocations de chômage (25,6 %). Plus de la moitié (53,6 %) perçoit un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion) ou une allocation adulte handicapé ou encore, mais c'est plus rare, des revenus provenant de la famille ou d'un tiers. Enfin, un sur cinq (20,8 %) ne dispose d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution). L'étude montre en outre que la structure des ressources diffère fortement selon le groupe d'âge considéré. On observe en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans (53,7 %) n'a aucun revenu légal.
- La grande majorité des usagers de drogues qui fréquentent les CAARUD sont affiliés à la Sécurité sociale (88,8 %). Près des deux-tiers d'entre eux (63,2 %) sont couverts par le biais de la CMU¹¹⁴. Seuls 11,2 % des usagers des CAARUD déclarent ne pas être affiliés à la Sécurité sociale. Moins de la moitié de ces derniers répond à la question destinée à savoir s'ils bénéficient de l'AME (aide médicale d'urgence, généralement réservée aux étrangers en situation irrégulière). Parmi ceux qui répondent, un tiers n'en bénéficie pas.
- Sur le plan des acquis scolaires, 23,2 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du bac (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (65,2 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège.
- La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant 13,3 % sont sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié environ se trouve en France illégalement, l'autre moitié a égaré ou s'est fait voler ses documents d'identité.

En outre, les usagers qui fréquentent les CAARUD ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2010, 14,9 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année. Un homme sur six est concerné (17,3 %) alors que seules 5,6 % des femmes ont été incarcérées.

Des usagers fortement consommateurs de produits psychotropes

Les produits les plus fréquemment consommés par les usagers répondants en 2010 demeurent le cannabis et l'alcool.

Environ un tiers des usagers rencontrés en 2010 a pris de l'héroïne au cours du mois précédent, mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (39,5 %). Parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts disent la recevoir en traitement de substitution. La BHD est également le produit consommé le plus régulièrement par ses usagers dont les trois quarts en prennent quotidiennement.

¹¹³ Disponible pour une durée inférieure à 6 mois

¹¹⁴ Elle permet aux personnes qui ne cotisent pas à la Sécurité sociale de disposer d'une couverture maladie minimale.

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

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

Tableau 4.4 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2010

	Usagers récents (mois précédent)	Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents
Cannabis	71,7 %	52,8 %
Alcool	63,0 %	50,7 %
BHD	39,5 %	78,2 %
Héroïne	31,3 %	22,3 %
Méthadone	28,1 %	75,0 %
Sulfates de morphine	14,1 %	41,2 %
Cocaïne poudre / free base	32,8 %	9,0 %
Crack	15,3 %	24,7 %
Amphétamine	12,9 %	4,4 %
Ecstasy	8,7 %	2,1 %
Benzodiazépines	28,6 %	56,1 %
Plantes et champignons hallucinogènes,	5,6 %	2,4 %
LSD	7,7 %	4,1 %
Kétamine	6,5 %	0,7 %

Sources : ENA-CAARUD, 2010, OFDT/DGS

Interrogés en 2010 sur le produit qui leur pose le plus de problèmes, les usagers citent en premier lieu un opiacé (43,0 %), au premier rang desquels la BHD (18,1 %), l'héroïne n'étant citée que par 14,9 % d'entre eux. On note un resserrement de l'écart entre la BHD (21,6 % en 2008) et l'héroïne (12,6 % en 2008) peut-être en lien avec un recours plus fréquent des usagers à l'héroïne.

L'alcool est cité par près d'un usager sur cinq (21,5 %).

Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 15,7 % des usagers interrogés, la cocaïne (6,0 %) et le crack (7,8 %) sont essentiellement concernés.

En 2010, parmi les usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain (CAARUD), 65,1 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie. Cette donnée interrompt la tendance décroissante observée depuis 2003. L'âge moyen lors de la première injection se situe à 20,9 ans (médiane 20 ans) et n'a pas varié depuis 2006.

Concernant l'injection récente (45,2 %), la concordance des données quantitatives disponibles plaide pour une diminution de la prévalence de cette pratique, même si la situation est apparue moins claire autour de 2006 et si des données qualitatives tendent à dessiner une situation plus complexe.

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

Les pratiques d'injection apparaissent fréquentes pour consommer les opiacés (à l'exception de la méthadone), la cocaïne, que plus d'un usager des CAARUD sur deux injecte, mais aussi la kétamine et l'amphétamine. On note l'accroissement de la part des usagers d'héroïne qui utilisent le snif (47,1 % vs 42,0 % en 2008) et de celle qui la fument (28,9 % vs 24,2 % en 2008). On note également que la cocaïne (achetée sous forme de poudre) est fumée sous forme de free base (après transformation en base) par un tiers de ses usagers rencontrés en CAARUD. Cette part est également en hausse, conformément aux données qualitatives collectées (30,9 % vs 23,3 %). Si l'on considère, en plus, les usagers de crack (qui ont acheté la cocaïne directement basée), c'est plus de la moitié (55,6 %) des consommateurs récents de cocaïne et/ou crack qui consomment de la cocaïne fumée.

Tableau 4.5 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008

	N	injection	voie orale	sniff	inhalation fumette
Sulfate de morphine	359	85,2	14,5	7,8	0,3
Héroïne	803	60	1,4	47,1	28,9
Cocaïne	790	53,3	0,8	50,6	30,9
BHD	902	50,9	47,2	23,5	5,8
Kétamine	191	34	9,9	72,8	2,6
Amphétamines	323	33,1	35	56	3,7
Ecstasy	222	17,1	83,8	23,4	5
Codéine	147	6,1	93,2	4,1	2
Benzodiazépines	655	6	96,8	2	0,8
LSD	218	4,1	98,6	0,5	0
Crack	371	4	0,3	1,9	97,3
Méthadone	609	2	98,5	0,3	0,2
Plantes hallucinogènes	160	1,9	94,4	0,6	10,6
Alcool	1301	1	98,8	0,3	1,1
Cannabis	1634	0,1	3,1	0,7	98

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

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

Données TREND : évolutions marquantes 2010 -2011 concernant les usages et les modes d'usage (Cadet-Taïrou et al. 2012)

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

Héroïne : poursuite de la diffusion et essor de la chasse au dragon (voie fumée)

Dans la continuité des années précédentes, toutes les observations insistent sur l'extension de la consommation d'héroïne par de nouveaux usagers. En marge des groupes d'usagers de drogues « traditionnels » qui se tournent plus fréquemment vers l'héroïne (usagers sous TSO ou jeunes très précarisés), c'est dans un tout autre contexte que se développe l'usage caractéristique de la période actuelle : utilisée de manière discrète et marginale dans les milieux techno *underground* depuis le début des années 2000 pour réguler les effets des stimulants, elle s'est diffusée ensuite plus largement dans le milieu festif sous le nom de rabla. L'héroïne tend

maintenant à y être consommée non plus comme un produit secondaire (à la consommation des stimulants), mais pour ses effets propres comme n'importe quelle autre substance intégrée à un polyusage. Son usage dans un cadre récréatif concerne maintenant de jeunes adultes d'horizon assez variés aussi bien ruraux qu'urbains et socialement insérés (voir les résultats d'enquête en population générale dans le chapitre 2). L'accès à la substitution et l'utilisation de la voie sniffée (plutôt que par injection) s'agissant des jeunes usagers, lui a fait perdre à leurs yeux l'image de mort et de déchéance sociale qui la caractérisait.

En 2010, l'essor de la pratique de la chasse au dragon (voie fumée, inhalation à chaud sans combustion) est signalée par 6 des 7 sites du réseau TREND. Elle concerne en premier lieu les nouveaux usagers d'héroïne, à savoir ceux qui habituellement la consommaient par voie nasale : les usagers socialement insérés, les plus jeunes et les usagers du milieu festif. Elle permet par ailleurs à de vieux injecteurs au réseau veineux très dégradé, à des consommateurs qui recherchent des effets plus intenses, en particulier s'ils sont devenus dépendant ou connaissent le phénomène de tolérance, d'obtenir des effets proche de ceux de l'injection sans en supporter ni l'image ni, selon eux, les risques.

Drogues de synthèse sur Internet, des usages qui progressent moins vite que l'offre

En France, ces nouvelles substances de synthèse, stimulants ou cannabinoïdes restent peu connus en dehors de milieux restreints. La couverture médiatique autour de ces produits et la confusion entre information et promotion pouvant en résulter, a certainement joué « en faveur » de ces nouvelles drogues, incitant certains consommateurs à s'en procurer et à les expérimenter. S'il n'est pas encore possible d'estimer le niveau d'usage de tels produits, il semble que ce sont en France essentiellement des polyusagers « confirmés ». Plusieurs profils coexistent : il peut d'abord s'agir de groupe d'usagers expérimentés qui partagent le produit au cours de sessions de consommation en contexte festif. Sont également concernés des usagers proches du milieu festif gay, traditionnellement amateurs de nouvelles substances psychoactives particulièrement consommées en contexte sexuel. Les produits peuvent également être consommés en milieu festif où ils ne sont pas systématiquement présentés comme de nouvelles drogues de synthèse. En outre, des foyers de consommation de ces substances par des polyusagers précaires apparaissent de manière disséminée, l'approvisionnement étant assuré par un dealer, faute pour ces usagers de disposer des moyens nécessaires (carte bleue, connexion à Internet, etc.) à une transaction par Internet,

Extension de l'expérimentation de la cocaïne basée

La diffusion de la pratique du basage de la cocaïne (free base) est toujours à l'œuvre vers des groupes d'usagers éloignés du milieu techno alternatif *underground* où il était cantonné au début des années 2000 : des usagers du milieu festif alternatif parfois très jeunes (18-20 ans) mais également des jeunes (20-25 ans) de milieu aisé, socialement très insérés ou en provenance de banlieue défavorisées.

Accroissement de la disponibilité et de l'usage de la kétamine

Depuis trois ans, la visibilité de la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire, détourné pour ses propriétés hallucinogènes et dissociatives s'accroît. Sa consommation s'est développée hors du cercle originel des consommateurs historiques, à savoir des personnes fortement ancrées dans la contre-culture attachée au mouvement alternatif techno. La diffusion des usages se poursuit en premier lieu vers les populations festives. Il s'agit d'usagers expérimentés pour qui elle est un des éléments d'un polyusage ou de personnes plus jeunes qui la recherche

plus particulièrement. Dans certaines villes, sa consommation s'étend également vers les populations précaires de l'espace urbain par le biais des jeunes en errance. Elle est également consommée en milieu festif gay sans y susciter un intérêt particulier. L'image du produit semble s'améliorer d'année en année parmi les personnes familières des drogues qui ont appris à la maîtriser. Elle s'éloigne de celle, controversée, qui la qualifie « d'anesthésique de cheval » pour aller vers celle d'un produit plus festif, ludique et amusant.

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

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

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

5. Prise en charge : demande et offre de soins

5.1. Introduction

Définitions

Un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen, le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP, voir annexe VI-Q), a été mis en place en France en 2005 dans les centres spécialisés accueillant les usagers de drogues. Ces centres, auparavant dénommés Centres spécialisés de soins pour les toxicomanes (CSST) ont pris en 2010 la nouvelle dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette appellation désigne désormais aussi bien les institutions recevant les personnes en difficulté avec les drogues illicites qu'avec l'alcool. Conformément au protocole européen, ne seront pris en compte ici que les personnes pour lesquelles une drogue illicite ou un médicament psychotrope sont déclarés comme produit posant le plus de problème.

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

Outils de collecte des données

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

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

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

5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité

5.2.1. Stratégie et politique

Contexte

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

Le premier grand tournant date de l'adoption de la loi de 1970. Celle-ci prévoit la possibilité pour tout consommateur de drogues d'obtenir un traitement anonyme et gratuit visant l'abstinence. L'adoption de ce texte de loi a favorisé le développement de centres spécialisés ambulatoires ou avec hébergement, ces derniers accueillant les usagers de drogues après sevrage. Les institutions psychiatriques se montraient réticentes à accueillir des usagers de drogues toujours plus nombreux. Des équipes issues du monde associatif étaient en revanche volontaires pour prendre en charge ces patients. Ces derniers ont donc été reçus dans ces deux cadres différents (hôpital psychiatrique et associatif), le second prenant au fil du temps toujours plus d'importance que le premier.

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

La France a fait le choix d'une diffusion rapide et massive des traitements de substitution à la BHD, que tout médecin en exercice a été autorisé à prescrire¹¹⁵. De ce fait, les médecins généralistes ont joué un rôle accru dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés. Parallèlement, le développement rapide de l'épidémie de sida et l'adoption de la politique de réduction des risques (qui en est la conséquence directe) a soulevé la question de l'accueil des usagers de drogues dans les hôpitaux généraux et non plus uniquement psychiatriques pour le traitement de leurs problèmes somatiques et/ou d'addictions. À l'instar de ce qui se faisait en alcoologie, des équipes de liaison pour usager de drogues ont vu le jour. Leur mission était de favoriser la prise en charge dans les services somatiques et d'éviter que des usagers accueillis pour ce type de problème ne quittent l'hôpital sans qu'on leur ait proposé un diagnostic et une prise en charge addictologique.

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

¹¹⁵ L'initiation des traitements à la méthadone n'a été dans un premier temps autorisée que pour les médecins exerçant dans un centre spécialisé de soins en toxicomanie, les médecins de ville ne pouvant prescrire ce traitement en relai que dans un second temps. Le nombre de personnes suivant un traitement de substitution à la méthadone n'a donc augmenté que beaucoup plus lentement que les traitements à la BHD.

La politique récente des pouvoirs publics dans le domaine du soin aux usagers de drogues a été définie par deux plans adoptés en 2006 et 2008. Le premier, le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, ne concerne que le soin et la prévention. Il a été élaboré par le ministère de la Santé à la demande du président de la République. Le second, le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011, mentionné dans le précédent rapport, a été élaboré à l'instigation du président de la MILD (voir chapitre 1). Il porte à la fois sur les questions de soin, de prévention et de répression. Le volet sanitaire intègre les orientations du plan du ministère de la Santé tout en traçant de nouveaux objectifs spécifiques.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (Ministère de la Santé et des Solidarités 2006) réaffirme la nécessité de conduire une politique sur l'ensemble des conduites addictives : consommation de substances illicites, d'alcool ou de tabac, addiction sans substances comme le jeu. Ce plan est principalement consacré au renforcement des moyens de prises en charge des addictions dans le système hospitalier. Il prévoit la création de consultations d'addictologie ou d'équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence. Ces consultations ou ces équipes de liaison doivent permettre de regrouper en un seul lieu et un même service toutes les consultations en tabacologie, alcoologie ou en toxicomanie. Pour les patients nécessitant une prise en charge plus spécifique ou une hospitalisation, des services d'addictologie proposant des sevrages simples ou complexes doivent être créés durant la période couverte par ce plan (2007-2011). Il est également prévu que chaque centre hospitalier universitaire (soit 26 établissements) comporte un pôle d'addictologie qui a vocation à être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

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

Tous ces objectifs sont repris dans le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011 (MILD (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) 2008) qui insiste néanmoins plus spécifiquement sur certains d'entre eux et en propose de nouveaux :

- amélioration par des programmes de formation des compétences des professionnels en prévention individuelle ciblée et en prise en charge ;
- amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes usagers de substances psychoactives par l'augmentation du nombre de consultations jeunes consommateurs et, en particulier, par l'existence de formes de consultations avancées dans les lieux généralistes d'accueil des jeunes ;
- création de nouvelles communautés thérapeutiques, structures dans lesquelles l'objectif d'abstinence doit être clairement énoncé ;
- développement de nouvelles modalités de prises en charge des usagers de cocaïne ;
- amélioration de la prise en charge et de la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés ;

- préservation de la santé de l'enfant à naître et de la mère ; prise en compte des spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool ;
- réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues ;
- réduction de la morbidité et de la mortalité liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues ;
- amélioration de l'insertion et de la réinsertion des personnes présentant une addiction.

5.2.2. Systèmes de soins et de prise en charge

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

Organisation et assurance qualité

Le dispositif spécialisé

Ces centres ont été créés en application de la loi de 1970. Celle-ci prévoyait un traitement gratuit et anonyme de tous les usagers de drogues illicites qui souhaitaient en bénéficier. La quasi-totalité des départements français est aujourd'hui dotée d'au moins un de ces centres, dénommés aujourd'hui Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ces centres ont été initialement financés par l'État puis, depuis le 1^{er} janvier 2003, par les organismes d'assurance sociale en tant qu'établissements médico-sociaux. Leur rôle est de fournir conjointement des services médicaux, sociaux et éducatifs et, entre autres, une aide à l'insertion sociale.

On différencie trois types de CSAPA :

- Les centres de soins ambulatoires. Il en existe en 2011 environ 440 mais parmi eux seuls environ 200 prennent majoritairement en charge des usagers de drogues illicites, les autres accueillant principalement des personnes ayant l'alcool comme produit posant le plus de problèmes. Dans la quasi-totalité des cas, ils suivent des patients accueillis en ambulatoire. Mais certains centres peuvent également gérer des appartements thérapeutiques résidentiels destinés à héberger des patients pendant quelques mois. Le nombre de patients effectivement hébergés par ces centres ne représente qu'un très faible pourcentage de l'ensemble des patients accueillis dans les CSAPA (de 1 % à 2 %).
- Les centres de soins avec hébergement collectif, qui comprennent également des communautés thérapeutiques. Leur nombre s'élevait à 48 en 2011. Ce sont des centres autrefois nommés « postcure » accueillant des patients après sevrage ou des patients sous traitement de substitution. Le sevrage résidentiel est le plus souvent effectué dans les hôpitaux généraux ;
- Les centres de soins dans les établissements pénitentiaires. Au nombre de 16 en 2011, ils peuvent être assimilés à des centres ambulatoires situés à l'intérieur des

prisons. Ils ne traitent que les patients incarcérés. Les quartiers « sans drogues » n'existent pas dans les prisons françaises.

Une circulaire¹¹⁶ en date du 28 février 2008 précise les missions des CSAPA. Les CSAPA doivent assurer l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème d'addiction à n'importe quelle substance ou sans substances. Il assure également la prise en charge médicale, psychologique et socioéducative, ainsi qu'une prise en charge à la réduction des risques. Il a la possibilité de se spécialiser sur les drogues illicites ou sur l'alcool.

Les CSAPA en ambulatoire peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire. Ils peuvent également organiser et soutenir les patients qui souhaitent un sevrage en milieu hospitalier.

Les médecins exerçant dans les CSAPA sont habilités à initier les traitements de substitution à la méthadone. Comme tous les médecins en exercice, ils peuvent également prescrire aux patients un traitement à la buprénorphine haut dosage (BHD). En France, le concept « d'unités sans drogues » n'est pas vraiment utilisé. Il est difficile de le comparer à un type donné de dispositif existant. Toutefois, quelques « communautés thérapeutiques » n'acceptant que des personnes abstinences ont été créées dernièrement. En 2011 leur nombre s'élevait à 10. Leur évaluation est en cours. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

Il existe aussi en France des consultations jeunes consommateurs¹¹⁷. Les pouvoirs publics ont encouragé leur création dès 2004 en octroyant des financements pour les projets d'ouverture de ces structures. Elles sont destinées à accueillir en ambulatoire des jeunes qui consomment des drogues illicites, le plus souvent du cannabis. Il existe à l'heure actuelle plusieurs centaines de ces lieux ouverts sur des durées plus ou moins longues (parfois une demi journée par semaine et parfois tous les jours ouvrables). Ces consultations jeunes consommateurs sont pour la plupart gérées par un CSAPA. La création de ces consultations correspondait au souhait d'offrir un cadre spécifique d'accueil et de prise en charge des jeunes consommateurs pour lesquels la problématique de l'addiction est encore le plus souvent fortement imbriquée dans celle de l'adolescence et des difficultés psychologiques qui l'accompagnent. La création de ces consultations a probablement contribué à accroître le nombre de consommateurs de cannabis pris en charge dans les CSAPA. Il apparaît cependant au regard des chiffres figurant dans les rapports d'activité de ces centres depuis la fin des années 1990, que la proportion de consommateurs de cannabis parmi les personnes reçues étaient déjà en forte augmentation avant la création de ces consultations. En 2008, le nombre de jeunes accueillis dans les consultations jeunes consommateurs gérées par les CSAPA pouvait être estimé à environ 23 000.

Traitements par le système de soins généraliste

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

¹¹⁶ Circulaire DGS/MC2/ n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. (NOR: SJSP0830130C).

¹¹⁷ Circulaire DGS/DHOS/DGAS/ n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (NOR : SANP0430495C).

A- Hôpitaux

Comme mentionné plus haut, (voir « Contexte »), le Plan de prévention et de prise en charge des addictions a prévu la mise en place d'une nouvelle organisation des soins en addictologie au sein de l'hôpital. Les circulaires administratives du 16 mai 2007¹¹⁸ et du 26 septembre 2008¹¹⁹ donnent des indications précises sur l'organisation à mettre en place dans le système hospitalier. Les soins en addictologie à l'hôpital sont organisés en filière addictologique, regroupant différentes composantes. Leur objectif est de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

Les structures de niveau 1 ont pour mission la réalisation des sevrages résidentiels simples et les activités de liaison et de consultation. Les équipes de liaison et de consultation en addictologie ont été constituées par la circulaire du 3 avril 1996¹²⁰. Elles étaient habituellement composées de trois personnes, dont un praticien hospitalier. Elles doivent former les équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et les assister. Il s'agit plus spécifiquement d'établir des protocoles thérapeutiques et de travailler avec les patients hospitalisés et les patients en urgence. Ces équipes ont des missions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement de soins. Les patients peuvent également être vus lors de consultations en addictologie ambulatoires.

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

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

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

B - Les médecins généralistes

Aujourd'hui, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en France dans la prescription de traitements de substitution aux opiacés. Ils peuvent depuis 1995 prescrire un traitement de substitution à la méthadone en relais, après l'initiation dans un centre de soins spécialisé. Depuis l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en 1996, ils ont également la possibilité de prescrire ce traitement aux patients dépendants aux opiacés.

Les médecins généralistes sont souvent les premiers à pouvoir intervenir lorsque des patients débutent une consommation des drogues illicites. Les autorités publiques prévoient une formation spécifique des médecins généralistes au repérage de ces usagers et à leur orientation vers les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à leur situation.

¹¹⁸ Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (NOR SANP00730376C).

¹¹⁹ Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, (NOR SJSH0830983C).

¹²⁰ Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR TASP9630145C).

Disponibilité et diversité des traitements

Le sevrage

Les sevrages peuvent se dérouler dans un cadre ambulatoire, le patient étant suivi dans un CSAPA, dans une consultation hospitalière d'addictologie, ou dans un cadre résidentiel, le plus souvent dans un hôpital disposant de lits de sevrage. Les sevrages aux drogues illicites menées avec hospitalisation sont peu fréquents en France aujourd'hui. Les usagers d'opiacés qui étaient autrefois souvent hospitalisés pour un sevrage sont aujourd'hui pour la plupart traités par un médicament de substitution aux opiacés.

Les traitements de substitution aux opiacés

Après sa mise sur le marché en 1996, la BHD devient très rapidement le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France. Depuis 2006, le Subutex® n'est plus le seul produit disponible. Des spécialités génériques apparaissent sur le marché (en particulier les formes BHD Arrow® en 2006, puis BHD Merck® en 2007¹²¹). La forme générique a surtout été acceptée par des usagers plus jeunes dans leur parcours toxicomaniacal que la moyenne des usagers, mieux intégrés dans un protocole et davantage stabilisés. L'édition 2008 de l'enquête OPPIDUM (Afssaps *et al.* 2008) dans les centres de soins spécialisés montre que les 31 % de patients sous BHD qui bénéficient de génériques sont en moyenne de deux ans plus jeunes que les autres. Leurs doses quotidiennes moyennes sont environ 1 mg inférieures à celles des autres patients.

D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie, près de 145 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un traitement de substitution aux opiacés en ville durant le premier semestre 2010 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD représentant près de 75 % de l'ensemble. Le taux de pénétration des génériques représente toujours environ un tiers des remboursements de BHD.

La part de la méthadone continue toutefois d'augmenter alors que la facilitation de l'accès à ce médicament faisait partie des recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution de juin 2004¹²². Les données de l'Assurance maladie montrent d'ailleurs qu'entre 2004 et 2010, l'évolution des remboursements de BHD a été de + 29,3 % versus + 276 % pour la méthadone¹²³.

Le graphique suivant présente des estimations du nombre de patients traités en France par BHD et méthadone. Ces données proviennent des chiffres de vente de ces deux médicaments de substitution fournis par le GERS (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques) en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite sur une année de 8 mg par jour pour le Subutex® et de 60 mg par jour pour la méthadone. Les quantités vendues de Subutex® représentent ainsi en 2010 un équivalent de 77 000 patients théoriques ayant reçu tout au long de l'année une dose quotidienne de 8 mg. Pour la méthadone, un calcul du même type conduit à un nombre de patients théoriques de 37 711 (remboursements en ville mais aussi à l'hôpital de la forme sirop et de la forme gélule) en 2009 (dernières données disponibles).

¹²¹ BHD Merck devenue BHD Mylan® en 2008.

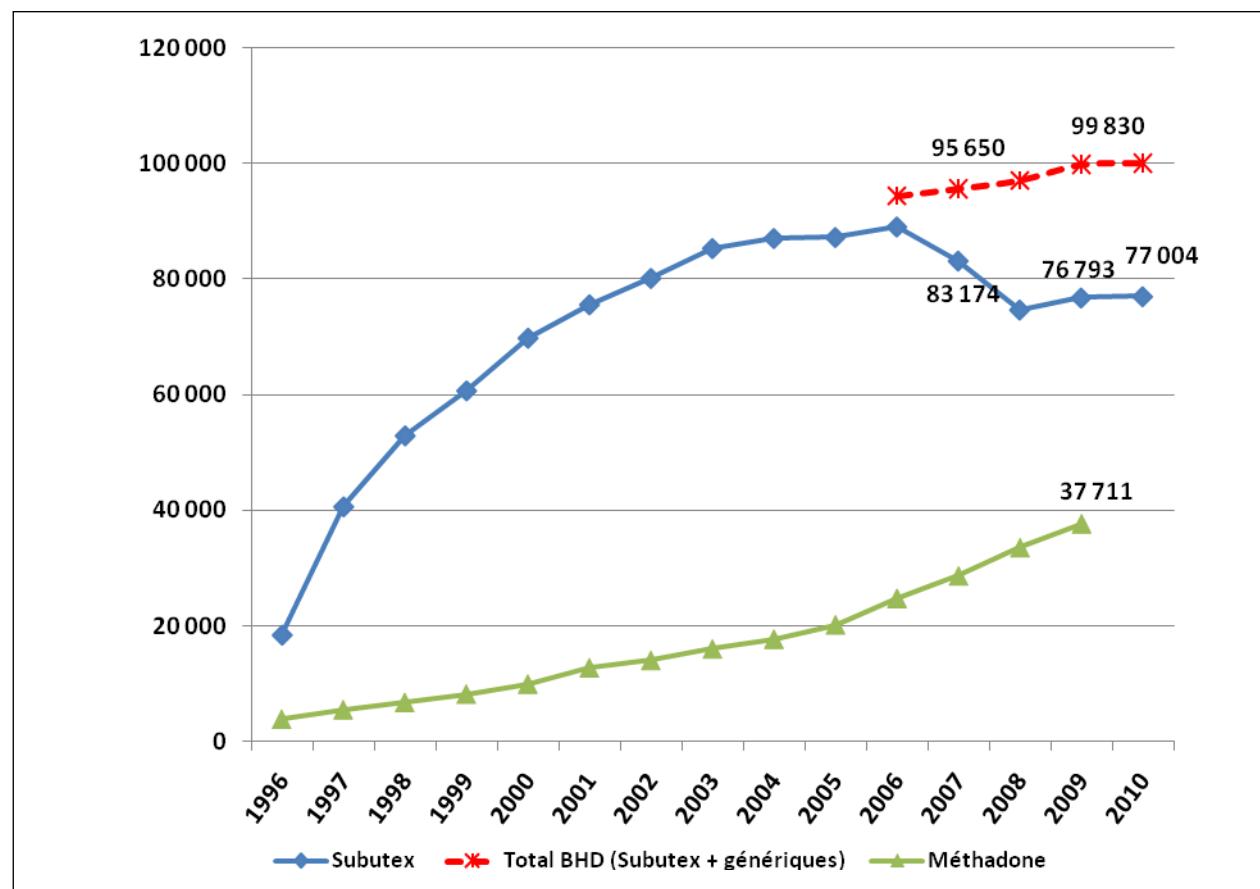
¹²² Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », 23-24 juin 2004, Haute autorité de santé.

¹²³ La mise sur le marché des gélules de méthadone en 2008 a participé à cette augmentation. La part des gélules représente en effet 28 % de l'ensemble des délivrances de méthadone.

Les génériques de la BHD introduits en France depuis 2006 compensent d'une certaine manière la diminution effective du nombre de patients sous Subutex® observée à partir de 2006. Une extrapolation permet en effet d'estimer cette part de patients bénéficiant de génériques et dont l'augmentation a été progressive jusqu'à représenter environ un tiers de l'ensemble des patients sous BHD en 2010 (graphique 5.1). Un peu plus de 100 000 patients théoriques auraient ainsi possiblement bénéficié de BHD sous sa forme princeps ou générique.

Il s'agit de patients théoriques parce que les patients réels ne sont pas tous aussi observant et ne suivent pas tous un traitement du 1^{er} janvier au 31 décembre. Au cours d'une année donnée, certains peuvent cesser leur traitement et d'autres au contraire le commencer. Le nombre de personnes ayant eu au moins une prescription d'un traitement de substitution est donc logiquement un peu plus élevé que le nombre de patients théoriques. Par ailleurs, ce calcul d'un nombre de patients théoriques ne prend pas en compte les mésusages et les détournements de BHD. Le nombre de patients qui suivent effectivement un traitement de substitution aux opiacés est plus faible, même s'il est encore difficile de donner un chiffre précis, la frontière entre patients suivant un traitement et personnes bénéficiant de prescriptions de BHD mais ne pouvant être considéré comme suivant un traitement étant mal définie.

Graphique 5-1 : Traitements de substitution aux opiacés : estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (Subutex® 8 mg, Méthadone® 60 mg) entre 1995 et 2010 (à partir des remboursements en ville et à l'hôpital)



Source : GERS/SIAMOIS/InVS

L'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés

Il n'existe pas à ce jour de source fiable et actualisée régulièrement renseignant sur le nombre de personnes ayant arrêté un TSO dans les différents dispositifs (spécialisés ou généralistes). Il faut noter qu'une part importante des addictologues et psychiatres spécialisés français sont réticents à l'arrêt total du traitement substitutif par crainte de la rechute et des surdoses qui peuvent en découler.

Mésusages et trafic de BHD

Une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et n'est pas consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie sur les traitements de substitution aux opiacés¹²⁴ : un des indicateurs principaux du mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j¹²⁵) a été divisé par trois entre 2002 et 2007. Six pour cent des sujets avaient ainsi reçu plus de 32 mg/j de BHD à l'époque versus 2 % des sujets en 2006 et 1,6 % l'année suivante, selon une étude récente (Canarelli *et al.* 2009). Cette étude montre par ailleurs que les deux tiers des sujets ayant reçu des remboursements pour un traitement de substitution aux opiacés en 2006 et en 2007 sont en traitement régulier et donc inclus a priori dans un processus thérapeutique (la précédente étude de 2002 avait révélé les mêmes proportions). L'ensemble des autres bénéficiaires de ces traitements ne sont toutefois pas forcément en dehors de toute démarche de soins de même que les usagers prenant ce médicament dans une logique de soins ne sont pas exempts de certaines formes de mésusage (INSEMR 2012).

Il semble qu'à long terme les mesures prises n'aient eu que peu d'impact sur la disponibilité de la BHD sur le marché parallèle. Depuis 2007, des modalités de trafic plus organisées se sont développées dans certaines régions, notamment la région parisienne, la région marseillaise et à un moindre degré dans l'est de la France. Dans un premier temps, moins d'usagers ont revendu des surplus, mais il y a eu des fraudes plus organisées à l'Assurance maladie, par une organisation collective de « doctor shopping » (vols de cartes vitale, recrutement de « faux usagers », consultations dans plusieurs départements...). En 2010, quatre sites du réseau TREND sur sept (voir description des systèmes d'information) signalent l'augmentation de cas de pseudo-héroïnomanes se faisant prescrire du Subutex® afin de le revendre (Cadet-Taïrou *et al.* 2012).

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

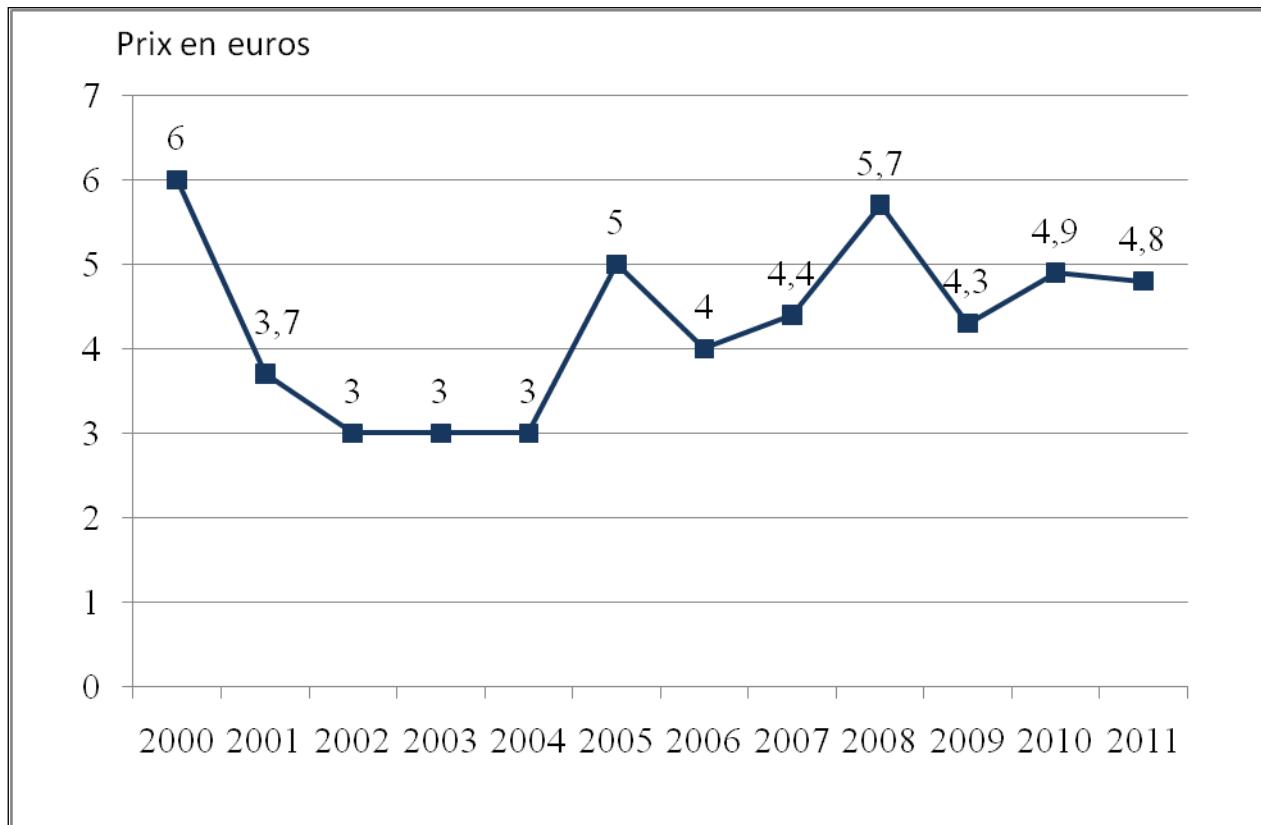
En 2010 et 2011, la BHD est donc de nouveau décrite comme très facilement disponible et facilement accessible sur le marché parallèle avec un prix moyen national qui se stabilise juste au dessous de 5 € le comprimé de 8 mg de Subutex® mais subit des variations différentes selon les villes en fonction des aléas du marché. (Graphique 5-2) (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b). La persistance d'une forte disponibilité perçue pourrait être liée à la diminution de la demande de BHD en tant que drogue. Elle subit en effet la concurrence de l'héroïne et dans une moindre mesure de la méthadone dont les disponibilités s'accroissent, bien que restant l'opiacé de base des plus pauvres. Seul le médicament princeps (Subutex®) est présent sur le marché parallèle,

¹²⁴ Les contrôles de l'Assurance maladie mis en place depuis 2004 ont ainsi essentiellement visé à repérer les trafiquants (« patients » mais aussi quelques cas de médecins et de pharmaciens) à travers les données de remboursement et à recadrer les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg.

¹²⁵ La posologie d'entretien de la BHD est de 8 mg/j avec une dose maximale fixée à 16 mg/j. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

les génériques de la BHD étant réputés moins facilement injectables ou sniffables du fait de leurs excipients (Cadet-Taïrou 2012).

Graphique 5-2 : Évolution annuelle du prix en euros du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2011



Source : TREND / OFDT

Trois modes d'administration existent d'autre part dans le cadre d'un mésusage : l'injection, le sniff et, plus marginalement, la voie fumée. Alors que l'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique, le sniff est plutôt utilisé chez les « vieux » injecteurs. Il leur permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires dues à la fréquence des injections. D'après les résultats de l'enquête OPPIDUM menée en 2009 (Afssaps *et al.* 2009), l'injection de BHD a été pratiquée au cours de la semaine précédente par 7 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique. Le sniff est pratiqué par 8 % et l'inhalation par une part infime des usagers. Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer la BHD hors protocole thérapeutique, 16 % disent utiliser l'injection, 46 % le sniff et 49 % la voie orale. La fréquence de l'injection de la BHD dans ce deuxième groupe continue à diminuer d'année en année (34 % en 2005) avec une forte accélération de la chute depuis 2006. L'usage du sniff connaît quant à lui l'évolution inverse (34 % en 2007). En 2010, parmi les personnes vues dans les CAARUD (structures de réduction des risques ou structures « bas seuil »), 50,9 % des usagers de BHD au cours du dernier mois signalent l'avoir injectée durant cette période, soit plus que la voie orale (47,2 %). 23,5 % disent l'avoir sniffée et 5,8 % l'avoir

fumée. La BHD est le premier produit injecté pour 5,7 % d'entre eux (Cadet-Taïrou 2012). On note que deux groupes de population en particulier utilisent la BHD comme une drogue : d'une part les usagers de drogues les plus précarisés, des hommes pour 90 % d'entre eux, sans domicile, dont une partie est en situation illégale sur le territoire français et qui consomment essentiellement des médicaments et de l'alcool ; et d'autre part les jeunes en errance, fortement polyusagers (INSERM 2012).

Mésusage de la méthadone

En dépit de l'apparition, parallèlement à sa diffusion, d'un mésusage plus visible de la méthadone, celui-ci reste modéré par rapport à celui de la BHD. Néanmoins le trafic progresse d'année en année avec, sur plusieurs sites du dispositif TREND, l'apparition de marchés de rue. Les prix moyens du flacon de 60 mg divergent de manière importante selon les sites : ils vont de 4 € à Paris à 20 € à Toulouse. Il s'agit toujours de patients réellement en traitement de substitution qui en économisent une partie pour faire du troc, dépanner ou revendre un peu. La forme gélule disponible sur le marché depuis 2008 a émergé en 2011 sur le marché parallèle, mais reste dans l'ensemble peu concernée par le marché noir (Cadet-Taïrou 2012). Déjà signalée depuis 2006, la prise de méthadone en autosubstitution (utilisation par l'usager de méthadone non prescrite dans un but de substitution) est une pratique qui tend à se généraliser sur l'ensemble des sites TREND (Cadet-Taïrou 2012; Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

Traitement de substitution en milieu hospitalier

Une enquête menée en 2007 par l'OFDT (Obradovic *et al.* 2008a) pour évaluer l'impact de la circulaire du 30 janvier 2002¹²⁶ relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts en six ans.

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

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

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

¹²⁶ Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).

D'autre part une enquête nationale de prévalence du VIH, VHC et des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en milieu carcéral a été menée en 2010 en métropole et dans les DOM¹²⁷. Selon ses premiers résultats, la prévalence des MSO en milieu pénitentiaire est de 7,9 % [6,49-9,79] ce qui correspond à moins de 5 000 personnes détenues dont un tiers (31 %) ont été initiés au traitement au cours de leur incarcération. La prédominance de BHD est d'autre part moins marquée qu'en milieu libre : 68,5 % des sujets bénéficient de BHD et 31,5 % de méthadone (données à paraître) contre respectivement 75 % et 25 % en ville.

5.3. Accès aux soins

Nombre total de clients pris en charge

En France, seules les personnes vues dans les CSAPA font l'objet d'un recueil de données compatible avec le protocole d'enregistrement des demande de traitement de l'OEDT. Ce recueil n'est pas exhaustif puisqu'en 2011 environ un tiers des CSAPA n'ont pas fourni de données. Par ailleurs, les données IDT ne portent que sur les nouveaux patients, personnes qui commencent ou recommencent un traitement dans un centre, ce qui exclut toutes les personnes qui étaient déjà suivies sans interruption l'année passée dans le même centre. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres sources pour évaluer le nombre total de personnes venues chercher de l'aide auprès de professionnels en raison d'une consommation problématique de drogues illicites.

On dispose actuellement de données assez précises sur le nombre de personnes prises en charge dans les centres spécialisés. Les CSAPA doivent en effet fournir chaque année aux autorités administratives un rapport d'activité dans lequel figurent quelques données sur les personnes accueillies au cours de l'année écoulée (voir annexe VI-P). Le taux de réponse est proche de 90 % chaque année et presque de 100 % sur une période de deux ans. À partir de ces rapports d'activité, il est possible d'évaluer à environ 96 000 le nombre de personnes vues dans les CSAPA ambulatoires en 2008¹²⁸ pour leur problème avec les drogues illicites. Ce nombre comprend des doubles comptes qui ne doivent cependant pas représenter globalement plus de 5 % du total. Relativement aux CSAPA ambulatoires, le nombre de personnes hébergées dans un centre de traitement résidentiel apparaît très faible, un peu moins de 2 000 personnes qui, pour partie, sont déjà comptées parmi les personnes vues dans les CSAPA ambulatoires. Ces centres adressent en effet aux centres résidentiels une part importante des patients qui y sont hébergés. Dans les CSAPA en milieu pénitentiaire, on peut évaluer à environ 5 000 le nombre de personnes vues pour un problème avec les drogues illicites en 2008.

En médecine de ville, les seules données disponibles au niveau national portent sur les personnes qui suivent un traitement de substitution. En 2010, ainsi qu'il a déjà été mentionné, environ 145 000 personnes se sont faites rembourser leur traitement de substitution par les organismes de sécurité sociale. Une partie de ces personnes peut également avoir été suivie conjointement ou successivement dans un CSAPA au cours de l'année.

¹²⁷ Il s'agit de l'enquête PREVACAR. Elle a reposé sur la passation d'un questionnaire « offre de soins » adressé aux 168 UCSA (hors établissements pour mineurs) et d'un questionnaire « patient » adressé à un échantillon de 27 établissements tirés au sort. Mille huit cent soixante et un (1861) questionnaires individuels ont pu être exploités.

¹²⁸ Derniers chiffres disponibles à la date de rédaction de ce rapport

En ce qui concerne les hôpitaux, on dispose de données nationales issues du système d'information médico économique PMSI¹²⁹ sur le nombre d'hospitalisation dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, hors alcool et tabac (diagnostic CIM10 : F11 à F16, F18 et F19). Il y a eu environ 7 500 hospitalisations en 2011 dont un peu plus de 1 900 qui concernaient des consommateurs d'opiacés, près de 2 200 des consommateurs de sédatifs et d'hypnotiques, environ 1 000 des consommateurs de cannabis et près de 1 600 des polyconsommateurs. Il faut noter que ces données n'incluent pas les passages dans les services d'urgence ni les personnes vues en ambulatoire dans les consultations hospitalières en addictologie. Des doublons entre les personnes hospitalisées et celles vues dans les centres spécialisés ou en médecine de ville peuvent également exister.

5.3.1. Caractéristique des patients pris en charge

Patients vus dans les centres en ambulatoire

En 2011, 161 CSAPA ambulatoires ont participé à l'étude RECAP, soit un peu plus des deux tiers des CSAPA accueillant principalement des usagers de drogues illicites. **Les données ci-dessous concernent plus de 45 000 patients (appelés « nouveaux patients ») qui ont commencé un épisode de traitement dans l'un de ces centres au cours de l'année.**

Les patients recevant un traitement pour la première fois de leur vie (appelés « primo-patients ») représentaient 30 %¹³⁰ de l'ensemble des nouveaux patients accueillis en 2011, cette part étant encore plus faible chez les femmes (26 % vs 31 % chez les hommes). Les autres patients (les 70 % restants) ont déjà été suivis auparavant pour un problème d'addiction mais débutent un nouvel épisode de traitement dans un CSAPA. Le pourcentage de primo-patients par rapport à la totalité des patients doit être considéré avec prudence, les informations concernant l'existence de traitements antérieurs étant inconnue dans 25 % des cas.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

En 2011, parmi les nouveaux patients, près de quatre sur cinq (80 %) étaient de sexe masculin. Ils étaient en moyenne âgés de 30,9 ans. Les femmes sont en moyenne un peu plus âgées que les hommes (31,4 ans vs 30,8). Cet âge moyen est le résultat du mélange de deux sous-populations, les usagers de cannabis d'un côté, avec un âge moyen situé entre 25 et 26 ans, et les usagers d'opiacés et de cocaïne de l'autre côté, avec un âge moyen d'environ 34 ans. Les tranches d'âge les plus largement représentées chez les nouveaux patients sont celles des 20-25 ans et 25-29 ans, chacune de ces classes d'âge représentant environ 20 % des nouveaux patients. Les moins de 25 ans représentent 32 % du total. Un peu plus de 20 % des patients sont âgés de plus de 40 ans.

La proportion d'hommes parmi les patients ayant recours aux soins pour la première fois est un peu plus importante que parmi l'ensemble des nouveaux patients (82 % vs 80 %). Les primo patients sont surtout nettement plus jeunes. Leur âge moyen est de 26,4 ans. Un peu plus de la moitié de ces patients a moins de 25 ans et 10 % sont âgés de 40 ans et plus.

¹²⁹ <http://stats.ath.sante.fr/mco/diagone.php>

¹³⁰ Sauf mention contraire, tous les pourcentages sont calculés par rapport aux totaux, une fois exclues les réponses manquantes ou les réponses « Ne sait pas ».

Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2011.

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

Source : RECAP / OFDT – 2011.

Les nouveaux patients entrent le plus fréquemment en contact avec les centres de soins de leur propre initiative (35 %) ou après orientation par un service judiciaire ou policier (29 %). Cette dernière orientation représente une part beaucoup plus faible chez les femmes (12 % vs 34 % chez les hommes). Parmi les primo patients, cette orientation concerne près de la moitié des effectifs (47 %). La plupart des personnes adressées par le tribunal ou la police dans un centre de soins sont des usagers de cannabis.

Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2011.

Origine du traitement	Tous les traitements	Premier traitement
Initiative propre au patient	34,5	23,4
Famille ou amis	9,5	9,8
Autres centres spécialisés pour les toxicomanes	6,1	2,0
Médecins généralistes	7,1	4,3
Hôpital ou autre établissement médical	5,2	3,4
Services sociaux	3,8	4,2
Police, tribunaux ou injonction thérapeutique	29,4	46,8
Autre	4,4	6,1
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2011.

Les nouveaux patients vivent le plus souvent avec leurs parents ou seuls (respectivement 35 % et 29 %) et la plupart du temps dans un logement stable (79 %). Toutefois, presque 20 % d'entre eux ont indiqué qu'ils vivaient dans des conditions de logement précaires. Les femmes se différencient des hommes : elles vivent, dix fois plus souvent que les hommes, seules avec leur enfant (11 % vs 1 %), et plus souvent avec un partenaire (19 % vs 11 %). Elles habitent en contrepartie beaucoup moins souvent avec leurs parents (26 % vs 37 %). En raison du pourcentage important de personnes plus jeunes dans ce groupe, les primo-patients sont moins susceptibles de vivre seuls et vivent plus fréquemment (45 %) avec leurs parents.

Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2011.

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Tous les traitements	Premiers traitements
Seul	28,6	22,7
Avec les parents	34,8	45,4
Seul avec un enfant	3,1	2,6
Avec un partenaire mais sans enfants	12,5	11,3
Avec un partenaire et un (des) enfant(s)	11,6	10,2
Avec des amis	3,2	2,4
Autre	6,2	5,4
Total	100	100

Source : RECAP / OFDT – 2011

Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2011.

Type d'habitat	Tous les traitements	Premiers traitements
Logement stable	78,9	86,1
Logement non stable	18,1	11,3
Logement en institution	3,0	2,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2011

La somme des personnes économiquement inactives (retraités, au foyer, invalides) et des sans emploi (Tableau 5-5) représente 45 % des nouveaux patients. Un peu plus d'un quart (26 %) a un travail régulier et 15 % sont toujours lycéens ou étudiants. Le pourcentage de personnes économiquement inactives est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (26 % vs 21 %). Les primo-patients se différencient des patients tous traitements confondus par un pourcentage plus élevé d'étudiants et de lycéens et un pourcentage plus faible d'économiquement inactifs.

Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2011.

Situation professionnelle	Tous les traitements	Premiers traitements
Emploi régulier	26,2	27,1
Étudiant, lycéen	15,3	24,7
Inactif sur le plan économique	21,8	15,3
Sans emploi	23,4	18,6
Autre	13,4	14,3
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2011.

Près des deux tiers (62 %) des nouveaux patients ont déclaré avoir atteint le niveau secondaire ; 4 % n'avaient pas dépassé l'école primaire et 34 % ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. Les femmes se caractérisent par un pourcentage nettement plus

élevé ayant un niveau supérieur au secondaire (46 % vs 31 %). La répartition du niveau d'étude n'est pas différente chez les primo-patients.

Usages de drogues

En 2011, près de la moitié des nouveaux patients (48 %) a été accueillie dans les centres de soins spécialisés pour des problèmes liés à l'usage de cannabis. Une majorité d'entre eux (57 %) a déclaré en consommer tous les jours. Le pourcentage de personnes prises en charge en raison de leur usage de cannabis est nettement plus faible chez les femmes (35 % vs 51 %). La part des consommateurs quotidiens est un peu plus faible chez les hommes mais cette différence n'est pas très importante (57 % vs 61 %).

La proportion des primo-patients déclarant le cannabis comme produit posant le plus de problèmes est plus élevée que pour l'ensemble des nouveaux patients (71 % vs 48 %). La répartition de la fréquence de consommation est similaire dans les deux groupes. L'importance des usagers de cannabis parmi les patients sous traitement en France est en partie la conséquence du nombre important et toujours croissant d'interpellations pour usage de cannabis. En effet, une partie des usagers interpellés est adressée aux centres de soins par les tribunaux.

Les opiacés sont après le cannabis le deuxième produit le plus souvent cité comme produit posant le plus de problèmes : 41 % des nouveaux patients sont dans ce cas. Parmi eux, 77 % citent l'héroïne, la méthadone représentant 5 % et les autres opiacés (principalement la BHD)¹³¹ 18 %. Parmi ces patients, l'héroïne est le plus souvent consommée par voie nasale (65 %) mais un consommateur d'héroïne sur cinq utilise l'injection. Le pourcentage d'injecteurs dans le mois est beaucoup plus élevé (37 %) chez les consommateurs d'autres opiacés. Parmi les usagers d'opiacés, presque 80 % ont consommé ces substances quotidiennement et 11 % les ont prises régulièrement (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine).

Les femmes sont moins souvent prises en charge pour leur usage de cannabis que les hommes. Elles le sont en revanche beaucoup plus en raison de leur consommation d'opiacés (50 % vs 38 %), et cela quel que soit le type d'opiacé considéré. Elles utilisent un peu moins souvent la voie injectable que les hommes pour consommer l'héroïne (22 % vs 24 %) mais tout autant pour les autres opiacés.

Le pourcentage de primo-patients déclarant les opiacés comme produit posant le plus de problèmes est bien inférieur à celui de l'ensemble des nouveaux patients (20 % vs 41 %). La répartition de la fréquence d'utilisation est similaire dans les deux groupes même si le pourcentage de consommation quotidienne est légèrement plus élevé chez les primo-patients. Le recours à l'injection (dans le mois) est moins fréquent dans ce groupe (15 % contre 21 %).

¹³¹ Pour la méthadone et la BHD, cela signifie une utilisation hors cadre thérapeutique.

Tableau 5.6 : Répartition (en %) en fonction du produit posant le plus de problèmes, 2011.

Première drogue	Nouveaux patients	Primo patients
1. Opiacés (total)	40,8	20,2
1.1. héroïne	31,4	15,9
1.2. méthadone	2,1	0,9
1.3. autres opiacés	7,3	3,5
2. Cocaïne (total)	6,5	5,0
2.1. cocaïne	5,0	4,3
2.2. crack	1,5	0,7
3. Stimulants (total)	0,8	1,1
3.1. amphétamines	0,3	0,3
3.2. MDMA et autres dérivés	0,3	0,2
3.3. autres stimulants	0,2	0,6
4. Hypnotiques et sédatifs (total)	2,2	1,2
4.1. barbituriques	0,1	0,1
4.2. benzodiazépines	1,6	0,7
4.3. autres	0,5	0,4
5. Hallucinogènes (total)	0,3	0,2
5.1. LSD	0,2	0,1
5.2. autres	0,1	0,1
6. Inhalants volatiles	0,2	0,3
7. Cannabis (total)	48,1	71,1
9. autres substances (total)	1,1	0,9
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2011.

Après le cannabis et les opiacés, la cocaïne est, loin derrière, le troisième produit le plus souvent en cause dans la prise en charge ; elle est mentionnée comme produit posant le plus de problèmes par un peu plus de 5 % des patients. Parmi eux la fréquence de consommation du produit posant le plus de problèmes est beaucoup plus faible que lorsqu'il s'agit d'opiacés : 37 % des usagers de cocaïne (en produit posant le plus de problèmes) en consomment tous les jours et 24 % fréquemment. La cocaïne est très majoritairement sniffée (71 %) et plus rarement fumée (16 %). Les usagers de cocaïne sont 17 % à avoir eu recours à l'injection dans le mois, proportion presque identique à celle observée chez les usagers d'opiacés. La cocaïne est un peu moins souvent mentionnée chez les primo-patients mais la différence n'est pas très importante. La cocaïne est également un produit plus souvent mentionné comme produit secondaire que comme produit posant le plus de problèmes. Parmi les nouveaux patients pour lesquels on dispose d'une information sur les produits, 18 % mentionnent l'usage de la cocaïne en produit secondaire. La cocaïne comme produit secondaire se rencontre dans les trois quarts des cas chez des usagers d'opiacés en produit posant le plus de problèmes.

Patients vus dans les centres avec hébergement

Le nombre de patients vus dans les centres de soins avec hébergement ne représente qu'une très faible proportion des patients vus dans l'ensemble des CSAPA. L'influence des caractéristiques de ces patients sur celles de l'ensemble des patients est négligeable. En 2011, 25 centres avec hébergement ont fourni des données RECAP sur près de 780 patients.

La presque totalité des patients accueillis dans les centres avec hébergement se sont déjà fait aider par un professionnel du soin pour leur addiction. Il est rare que les patients fassent une demande de traitement directement à ces centres. Dans la plupart des cas ils sont adressés, au moins la première fois, par d'autres centres de soins. Les données sur l'adressage des patients

indiquent que les deux tiers de ceux accueillis dans les centres avec hébergement ont été adressés par le secteur sanitaire. Un quart des patients a déclaré être venu de sa propre initiative. L'hypothèse peut néanmoins être émise que pour la plupart il ne s'agit pas d'un premier séjour dans un centre de ce type.

Les patients vus dans les centres avec hébergement sont en moyenne plus âgés que ceux vus en ambulatoire (33,4 ans vs 30,9 ans). Ces centres accueillent en général les patients avec les problèmes d'addiction les plus graves. Ces personnes sont également le plus souvent en situation d'exclusion sociale. Cela explique en partie la très faible représentation des mineurs et des moins de 20 ans dont la situation peut paraître moins défavorable du point de vue de l'addiction et de l'insertion sociale que celle de patients plus âgés. Le déficit de l'offre d'hébergement thérapeutique pour les plus jeunes est cependant souvent souligné par les addictologues. Les mineurs et les moins de 20 ans dont la situation justifierait un séjour dans un centre trouveront difficilement une place disponible. Si les plus jeunes sont peu représentés, il reste qu'un peu moins de 40 % des nouveaux patients accueillis dans ces centres ont moins de 30 ans.

La plus grande exclusion sociale caractérisant cette population est indiquée par le pourcentage encore plus élevé de patients, relativement à ceux vus en ambulatoire, qui vivent seuls (47 %), qui sont logés de façon précaire (42 %) ou qui sont au chômage ou économiquement inactifs (respectivement 40 % et 34 %).

Âge plus élevé, de même que gravité des problèmes d'addiction et d'exclusion sont d'avantage associés à la consommation des opiacés et de la cocaïne, bien plus représentés dans cette population (respectivement 54 % et 21 %) que dans celle suivie en ambulatoire. La proportion de personnes suivies dans ces centres en raison de leur usage de cannabis est en contrepartie beaucoup plus faible (17 %). Du fait de la gravité des problèmes d'addiction, la proportion de personnes ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours est nettement plus élevée dans cette population : elle atteint près de 35 % chez les personnes ayant les opiacés en produit posant le plus de problèmes et 33 % pour la cocaïne.

5.3.2. Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA

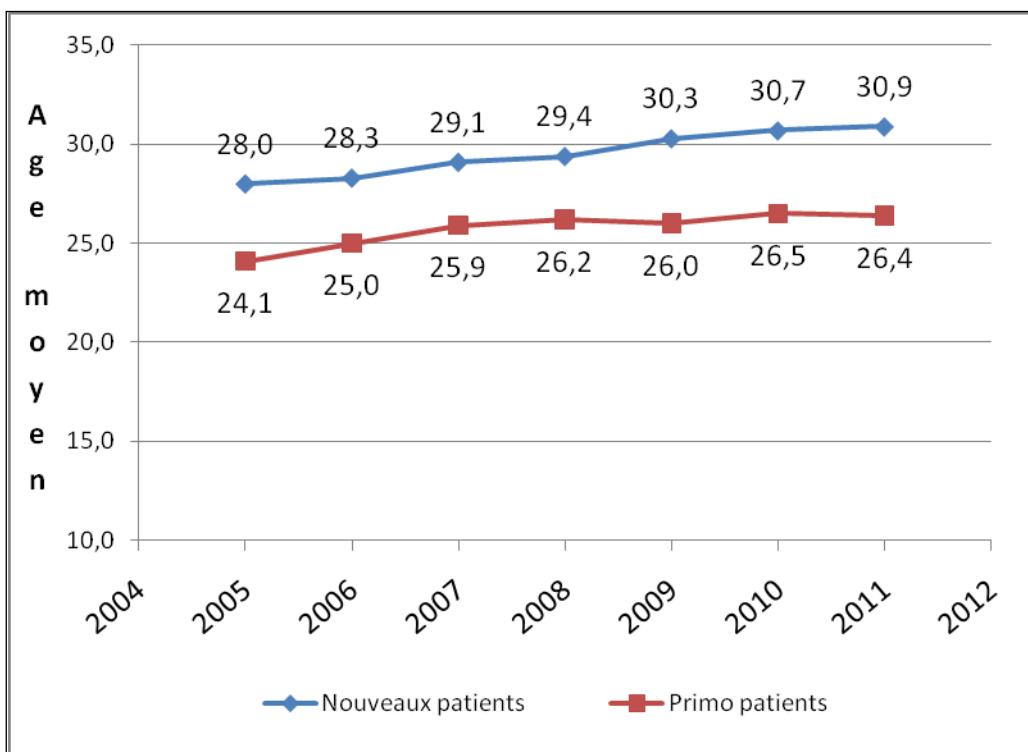
Les données sur les patients compatibles avec le protocole IDT ne sont disponibles en France que depuis 2005. Les évolutions ne peuvent donc être véritablement suivies que sur une période assez courte. En ce qui concerne les centres avec hébergement, les fortes variations des effectifs, liées à celle des taux de réponse, rend difficile l'interprétation des évolutions. Par conséquent, seules les tendances relatives aux patients vus en ambulatoire seront abordées dans cette section.

On dispose maintenant de données sur la période 2005-2011. Les deux premières années (2005 et 2006) correspondent cependant à une phase de mise en place du recueil de données avec un taux de participation assez bas pour ces deux années (moins de 50 % en 2005, un peu plus de 50 % en 2006). Les évolutions observées sur ces deux premières années doivent donc être interprétées avec prudence. Sur les cinq années suivantes, le taux de participation des centres à l'enquête a été en moyenne des deux tiers, les structures répondantes n'étant de plus pas toujours les mêmes. Cette situation peut entraîner des fluctuations au niveau des données qui ne sont pas forcément le reflet d'évolutions dans la situation des patients. Seules les

grandes tendances se manifestant de façon constante sur plusieurs années doivent ainsi retenir l'attention.

Comme on peut le voir sur les données du graphique ci-dessous, l'âge moyen des patients est en augmentation continue, passant entre 2005 et 2011, de 28 ans à presque 31 ans.

Graphique 5-3 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2011



Source : RECAP/OFDT

L'observation de l'évolution de la distribution par tranche d'âge (tableau 5-7) fait apparaître que ce vieillissement est surtout lié à une diminution d'environ 10 points de la part des 15-24 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus dont la part a presque doublé passant de près de 11 % en 2005 à plus de 21 % en 2011. Entre 2007 et 2011, cette baisse s'observe surtout chez les 20-24 ans. Pour interpréter ces évolutions il faut cependant garder à l'esprit que d'après les rapports d'activité fournis par les CSAPA, le nombre de personnes accueillies a tendance à augmenter d'année en année. Une diminution de la part des plus jeunes ne veut pas forcément dire que leur nombre diminue en termes absolus. La tendance à l'augmentation de l'âge moyen se manifeste également pour les premières demandes de traitement. Entre 2008 et 2011, l'âge moyen de ces patients semble cependant être resté relativement stable. Cette stabilisation s'explique peut-être en partie par la baisse de la part des primo patients principalement en difficulté avec les opiacés au profit des patients consommateurs de cannabis, en moyenne beaucoup plus jeunes que les premiers.

Tableau 5.7 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2011.

Classe d'âge	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<15	0,6	0,8	0,7	1,4	1,2	1,1	1,4
15-19	16,0	14,8	11,9	11,3	11,4	10,4	12,1
20-24	24,8	25,2	24,7	23,3	20,4	19,6	18,6
25-29	19,0	19,4	21,2	21,4	20,2	20,5	19,1
30-34	16,6	15,4	14,9	14,6	14,8	15,9	15,7
35-39	12,3	12,3	12,5	12,7	13,4	13,0	11,8
40-44	6,8	7,1	8,4	8,4	9,3	9,7	10,0
45-49	2,5	3,2	3,5	4,2	5,4	5,4	6,1
50-54	0,8	1,2	1,4	1,7	2,3	2,5	3,0
55-59	0,3	0,5	0,6	0,7	1,0	1,1	1,2
60-64	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6
>=65	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2011.

Ce vieillissement des personnes accueillies dans les centres, a des répercussions sur certaines caractéristiques des patients. Ainsi, en cohérence avec la diminution de la part des 15-24 ans, le pourcentage de personnes vivant chez ses parents est en diminution constante passant de 42 % à environ 35 % alors que la part des personnes vivant seules augmente de 25 % à 29 %. Pour des raisons également liées à la modification de la répartition par tranches d'âge, la part des élèves et des étudiants est en régression, passant de 17 % en 2005 à 15 % en 2011.

Il est utile par ailleurs de remarquer que la proportion de personnes bénéficiant de conditions de logement stable est plutôt orientée à la hausse depuis 2007. Il est difficile de savoir si cette évolution est aussi une conséquence de l'augmentation de l'âge moyen ou si elle est liée à d'autres facteurs.

En ce qui concerne la répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes, les données sur la période 2007-2011 font apparaître une assez grande stabilité. Le pourcentage de consommateurs de drogues vus principalement pour un problème d'héroïne avait un peu augmenté entre 2007 et 2010 passant de 31,1 % à 34,4 %, mais il est retombé en 2011 au niveau de 2007. Ces évolutions s'accompagnent d'un mouvement symétrique de la part que représentent les personnes venues pour un problème de cannabis (une baisse de 49,4 % en 2007 à 45,9 % en 2010 et une remontée à 48,1% en 2011). Chez les primo patients, il se dessine en revanche des évolutions plus marquées : la part de l'héroïne est en nette et constante diminution depuis 4 ans (de 24,0 % en 2007 à 15,9% en 2011, avec une baisse particulièrement marquée entre 2010 et 2011) alors que celle du cannabis est sur l'ensemble de la période en augmentation (de 65,8 % à 71,1 %). En ce qui concerne les modes de

consommation, les données sur les années 2007 à 2011 font apparaître une stabilité du pourcentage des personnes prises en charge pour un problème de consommation d'opiacés ayant utilisé la voie intraveineuse dans le mois précédent leur inclusion.

Tableau 5.8 : Pourcentage des patients ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours, suivant le produit posant le plus de problèmes, évolution entre 2005 et 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Opiacés (total)	24,8	24,6	20,9	21,2	20,9	20,6	21,2
1.1. héroïne	20,6	20,5	17,0	17,8	17,2	17,1	17,6
1.2. méthadone	17,4	13,2	11,3	10,3	12,0	14,8	15,6
1.3. autres opiacés	44,1	44,3	39,6	39,9	39,5	39,0	37,7
2. Cocaïne (total)	15,4	16,2	13,1	14,4	13,7	13,7	15,1
2.1. cocaïne	18,0	18,1	14,4	15,5	15,2	14,7	17,0
2.2. crack	6,6	8,8	7,8	10,7	9,3	10,7	9,5

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2011.

Lecture du tableau : en 2011, 17,6 % des nouveaux patients pris en charge pour un problème de consommation d'héroïne ont utilisé au moins une fois la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours ; cela ne signifie pas obligatoirement que tous ces patients consomment l'héroïne par voie intraveineuse. Même si c'est sans doute rarement le cas, il est possible qu'un usager ne se soit pas injecté l'héroïne dans les 30 derniers jours mais un autre produit

6. Conséquences sanitaires

6.1. Introduction

L'usage de drogues peut être directement à l'origine d'infections virales (VIH/Sida et hépatites), d'autres pathologies infectieuses liées aux injections ou encore de troubles en rapport avec le ou les produits consommés, en particulier les surdoses. D'autres affections sont liées à des conditions d'existence précaires comme la tuberculose, à un style de vie marqué par la prise de risques (maladies sexuellement transmissibles¹³²) ou aux comorbidités psychiatriques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues. Des décès peuvent également être observés, et sont recensés et précisés à partir de plusieurs dispositifs d'information en France.

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

Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité somatique observée. Les estimations de prévalences parmi les usagers de drogues reposent sur les données recueillies dans le cadre de différentes enquêtes :

- Les prévalences déclarées du VIH, VHB et VHC : elles sont fournies, à partir de 2005 (Palle *et al.* 2007), via le dispositif RECAP (patients vus dans les CSAPA) et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structures dites « à bas seuil d'exigence », nommées CAARUD, notamment les enquêtes PRELUD et EN-CAARUD.
- Les prévalences biologiques du VIH et VHC, reposant sur des prélèvements sanguins, calculées à partir de l'enquête Coquelicot (voir annexe VI-C) (Jauffret-Roustdide *et al.* 2006). Celle-ci a été menée en 2004 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans cinq villes françaises auprès d'usagers de drogues fréquentant des centres de soins spécialisés (CSAPA), de CAARUD, des structures d'hébergement et des médecins généralistes. Un plan de sondage en deux temps a été appliqué : les structures d'abord selon une méthode de type « time-location sampling », puis les usagers. Ceux qui ont accepté de participer à l'étude ont procédé à un auto-prélèvement sanguin par piqûre en vue de la réalisation de sérologie pour le VIH et le VHC. Ils ont été interrogés sur leurs usages de substances psychotropes et leurs pratiques à risques. Une nouvelle édition a eu lieu en 2011.
- Des prévalences biologiques du VIH et VHC reposant sur des prélèvements salivaires auprès d'usagers de CAARUD. Ces données ont été recueillies dans le cadre de l'enquête BioPRELUD¹³³ menée par l'OFDT en 2006 dans cinq villes, auprès d'usagers volontaires¹³⁴. Elles ont permis de faire un point sur l'état des pratiques et des consommations en matière de substances psychoactives dans une population à forte prévalence d'usage de drogues. L'analyse des prélèvements salivaires, proposé

¹³² Outre l'usage de drogue par injection, les comportements sexuels à risque des usagers de drogue par injection augmentent le risque de maladies sexuellement transmissibles.

¹³³ L'enquête BioPRELUD (5 villes) constitue le volet biologique d'une enquête plus large, PRELUD, menée auprès des usagers des CAARUD de 9 villes en 2006 (dont les 5 concernées par BioPRELUD). Les données de prévalence du VIH et du VHC recueillies dans le cadre de PRELUD sont déclaratives.

¹³⁴ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection au VIH et au VHC a fourni des repères concernant le niveau de ces infections dans la population visée. Les résultats de l'enquête BioPRELUD sont assez difficilement comparable à ceux de l'enquête Coquelicot : la population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autre cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne) ; les méthodologies des deux enquêtes sont différentes (prélèvements sanguins vs prélèvement salivaires) ; les populations enquêtées ne sont pas les mêmes, les usagers étant nettement plus jeunes dans l'enquête BioPRELUD ; les villes enquêtées sont différentes.

- Des estimations d'incidence des cas de sida, d'infection par le VIH et de cas d'hépatites B aiguës ont également été réalisées. La notification des cas de sida (InVS), qui existe depuis le début des années 1980, est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisée a été mis en place en 2003 par une circulaire de la Direction générale de la santé¹³⁵, rendant obligatoire également la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH.
- Les notifications de cas d'hépatites B aiguës déclarés depuis 2004 (notifications rendues obligatoires depuis cette date).

Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose ni celle des maladies sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH.

Autres maladies infectieuses

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

Données comportementales

Des éléments d'information quantitatifs (Étude ENa-CAARUD de l'OFDT et étude Coquelicot de l'InVS) et qualitatifs (dispositif TREND et versant qualitatif de Coquelicot) sur la perception de l'état de santé des usagers de drogues et leurs comportements à risques (Cadet-Taïrou *et al.* 2010a; Cadet-Taïrou *et al.* 2008; Jauffret-Roustide *et al.* 2006) sont disponibles. Les enquêtes menées dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures « à bas seuil d'exigence » avaient également auparavant fourni des indications ainsi que l'apparition de certaines pathologies (Bello *et al.* 2005; Bello *et al.* 2004).

¹³⁵ Circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (NOR SANP0330122C).

Comorbidités psychiatriques

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

Mortalité liée à l'usage de drogues

Il existe actuellement en France deux sources qui recensent les décès par surdoses :

- La statistique nationale des causes de décès (CepiDc-INSERM). Ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdoses sont ceux pour lesquels les certificats de décès font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes (sélection B¹³⁶) fixée par l'OEDT. Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de certains médicaments intervient. Certains décès par surdoses sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent ainsi pas être recensés. Par ailleurs les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées dans cette source, la mention la plus fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autres précisions. La mise à disposition de ces données n'intervient actuellement qu'au bout d'un délai de deux ans.
- Dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – ANSM ex AFSSAPS, voir annexe VI-D). Ce système d'information recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Ces cas sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français. Trente et un experts réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à l'édition 2010 de l'enquête. Les analyses sont menées sur requête du parquet. La définition des cas de surdose utilisée est très proche de celle retenue par l'OEDT (substances illicites et traitement de substitution des opiacés). Contrairement à la source précédente, DRAMES n'est pas exhaustif. Ce dispositif ne couvre tout d'abord pas l'ensemble des laboratoires d'analyse toxicologique et ne recense, en deuxième lieu, que les décès pour lesquels les autorités judiciaires ont demandé une analyse toxicologique, ce qui n'est pas systématique. Les données DRAMES sont donc surtout utiles pour connaître la répartition suivant les produits en cause des décès par surdoses.

Les cas de décès par surdose recensés par les services de police et de gendarmerie centralisés par l'OCRTIS constituaient auparavant une autre source dont les données étaient mentionnées dans les rapports précédents. Cet organisme ne communique cependant plus ces données depuis 2008 en raison du manque de fiabilité du système d'information de ces institutions concernant les décès par surdoses. Il a donc été décidé de ne plus mentionner cette source.

Le nombre de décès par sida liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse peut être estimé à partir des données du système de surveillance national de VIH/SIDA coordonné par l'Institut de veille sanitaire.

¹³⁶ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drds-overview>

6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

6.2.1. VIH/SIDA et hépatites virales B et C

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

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH est égale à 55 168 au 31 décembre 2010¹³⁷. En 2010, en prenant compte des délais de déclaration et la sous-déclaration, le nombre de notifications positives était estimé à 6 265, nombre légèrement en baisse par rapport aux deux années précédentes (6 341 en 2009 et 6 340 en 2008).

En 2010, la contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) ne représente plus que 1,13 % de ces nouvelles infections (71/6 265). Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (57 % des cas) suivi par rapports sexuels entre hommes (40 %) (Cazein *et al.* 2011). Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact des recommandations (généralisation du dépistage et de sa répétition dans les populations exposées) du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 sur les données de surveillance par le VIH. En 2008, l'incidence du VIH parmi les usagers de drogues injectables a été estimée à 86 pour 100 000 personnes-années [IC95%, 0-192] (Le Vu *et al.* 2010). (Tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Nombre de nouvelles infections par le VIH-1 et taux d'incidence parmi les usagers de drogues injectables en France en 2008

	Nouvelles infections par VIH-1 [IC95%]	Effectif estimé de la population	Incidence pour 100 000 personnes-années [IC95%]
Usagers de drogues injectables (toutes nationalités, des deux sexes)	70 [0-190]	81 000	86 [0-192]

Source, InVS, BEH, n°45-46, 2010

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

¹³⁷ Données corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

Tableau 6.2 : Nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVII et nombre total de nouveaux cas 2000-2010.

	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
UDVI	12919	170	127	102	87	82	54	53
Total nouveaux cas de Sida	58929	1405	1361	1169	1000	1033	919	888
Part UDVII (%)	21,9	12,1	9,3	8,7	8,7	7,9	5,9	6,0

* : données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Source : InVS, « Base de données sida », (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>), consultée à la date du 19 juillet 2012.

Dispositif de surveillance de l'hépatite B

Le nombre de cas d'hépatites B aiguës déclarés entre 2004 et 2009 s'élève à 894, parmi lesquels ont été retrouvés 23 cas (2,6 %) en lien avec un usage de drogues.

Enquête de prévalence du VIH, VHC et VHB parmi les usagers de drogues

Des données de prévalence reposant sur des prélèvements biologiques ne sont disponibles que pour les années 2004 (données Coquelicot) et 2006 (données BioPRELUD) et sont difficilement comparables entre elles, compte tenu d'importantes différences dans les méthodologies d'enquête et dans les populations interrogées (voire l'introduction du chapitre 6). Les évolutions des prévalences dans le temps ne peuvent être comparées jusqu'à présent qu'à partir de données déclaratives.

Données reposant sur des prélèvements biologiques

La prévalence biologique sanguine de l'infection à VIH chez les injecteurs au moins une fois au cours de la vie mesurée dans l'enquête Coquelicot menée en 2004 est égale à 11,3 %. Deux pour cent des usagers se pensaient à tort séronégatifs. La prévalence ne diffère pas selon que l'usager est injecteur ou non. Elle est plus importante chez les générations les plus anciennes : seuls 0,3 % des usagers de drogues de moins de 30 ans sont infectés. Cette prévalence connaît de forts écarts entre les villes : de 1 % à Lille (nord de la France) à 31,5 % à Marseille (sud). Pratiquement tous les usagers de drogue séropositifs pour le VIH le sont également pour le VHC (Jauffret-Roustdide *et al.* 2009).

La prévalence biologique sanguine de l'infection à VHC dans la même population s'élève à 73,8 %. Une part importante des usagers de drogues (27 %) pensaient à tort être séronégatifs.

Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues selon les villes ayant participé à l'étude Coquelicot, 2004

	VIH		VHC	
	% positive	Effectif	% positive	Effectif
Bordeaux	5,1	97	70,7	97
Lille	1,5	63	60,3	63
Marseille	33,7	106	73,3	106
Paris	10,8	228	76	228
Strasbourg	4,4	109	64,4	109
Ensemble des 5 villes	11,3	603	73,8	603

Source : InVS (Jauffret-Rousteide et al. 2009)

D'après l'enquête BioPRELUD la prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes rencontrées dans les CAARUD était égale à 8,5 % en 2006. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disaient négatives était égale à 5,0 %.

Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge, 2006

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

Source : PRELUD 2006, TREND/ OFDT

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, l'enquête BioPRELUD indique en 2006 une prévalence égale à 32 % parmi l'ensemble des usagers ayant accepté d'être testés. Chez les injecteurs, la prévalence estimée s'élève à 42 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 %, traduisant une méconnaissance du statut sérologique.

Tableau 6.5 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.

	Tous	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et/ou sniffé au cours de la vie
		Non	Oui	
	Effectifs	N=500	N=138	N=483
Ensemble	N=500	32 %	7 %	42 %
< 25 ans	N=138	13 %	-	15 %
25-34 ans	N=214	31 %	-	42 %
> 34 ans	N=148	51 %	-	62 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Comme mentionné dans l'introduction, les prévalences obtenues dans ces deux enquêtes sont difficilement comparables. Les données basées sur des prélèvements salivaires ont probablement tendance à sous-estimer les prévalences. Mais par ailleurs les usagers inclus dans BioPRELUD sont plus jeunes e 5 ans en moyenne que ceux inclus dans Coquelicot. Or les deux enquêtes montrent des prévalences augmentant fortement avec l'âge. Les différences entre les villes dans lesquelles ont été menées les enquêtes expliquent également les écarts de prévalence : l'absence dans BioPRELUD de Paris et de Marseille, villes connues pour leur haut niveau de prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues, joue dans le sens d'une minimisation des prévalences dans cette enquête ; le poids très important des usagers de ces deux villes dans l'effectif inclus dans Coquelicot a un effet inverse.

Données déclaratives

Données PRELUD (2003-2006)

Les données obtenues dans les neuf villes font apparaître une décroissance de la contamination par le VIH entre 2003¹³⁸ et 2006 qui passe ainsi de 10,2 % à 6,2 %. La prévalence déclarée de l'hépatite C diminue entre ces deux années de 43,4 % à 34%. La baisse est particulièrement marquée chez les moins de 25 ans (de 17,6 % en 2003 à 8,4 %).

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

Données ENaCAARUD

Cette enquête nationale, menée pour la troisième fois en 2010, a permis d'interroger 2 505 usagers vus au cours d'une semaine dans 112 CAARUD¹³⁹. En 2010, la majorité des usagers

¹³⁸ Dernière édition de l'enquête « Première Ligne » en 2003 remplacée en 2006 par l'enquête PRELUD

¹³⁹ L'édition de 2006 avait porté sur 3 349 usagers vus au travers de 114 CAARUD.

de drogues a effectué un de ces tests de dépistage au moins une fois (87,0 % pour celui du VIH et 83,9 % pour le VHC).

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 7,2 % se déclarent séropositifs au VIH en 2010. Ce pourcentage était de 8,7 % en 2006 et de 7,7 % en 2008. Les données obtenues parmi les usagers des CAARUD vont dans le sens d'une diminution de la séropositivité déclarée au VIH, d'autant que le taux de dépistage est stable et que la part des tests remontant à moins de six mois augmente (44,7 % en 2010 vs 41,8 % en 2008, dans l'ensemble de la population des CAARUD).

Concernant l'hépatite C, les données, bien que déclaratives, suggèrent également une décroissance de la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues (voir graphique 6.1). Cette diminution de la séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes injecteurs-vie de moins de 25 ans : la séropositivité déclarée pour le VHC est égale à 22,5 % en 2006, 14,3 % en 2008 et 8,5 % en 2010 pour des effectifs respectivement égaux à 222, 237 et 201 personnes (Cadet-Taïrou 2012).

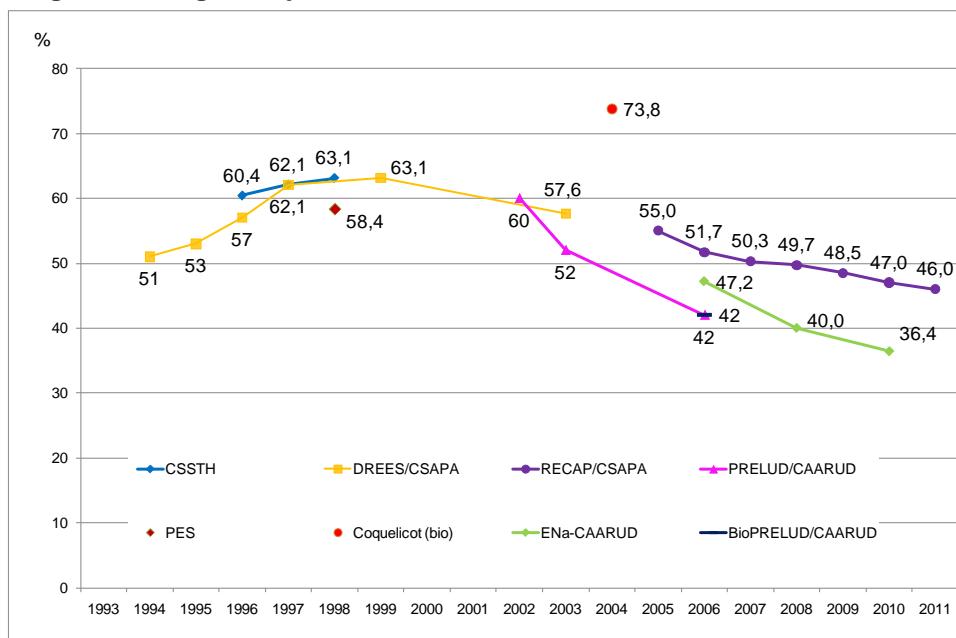
Cependant, il faut noter que parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois au cours de la vie, 11,9 % n'ont jamais pratiqué de test pour l'infection à VIH et 11,9 % pour le VHC.

La grande majorité des personnes séropositives pour le VIH (91,8 %) a consulté au moins un médecin au cours des 12 derniers mois pour cette affection en 2010 et 74,6 % ont bénéficié d'un traitement dans ce cadre sur la même période (versus 68,5 % en 2006). Concernant les sujets séropositifs au VHC, 77,2 % ont consulté un médecin au cours de cette même période et 36,3 % ont bénéficié d'un traitement pour cette pathologie (vs 28 % en 2008 et 22,5 % en 2006).

Des questions concernant le statut par rapport à l'hépatite B ont été introduites dans l'étude ENa-CAARUD 2010. Elles montrent une méconnaissance de la part des usagers de leur statut. La moitié (50 %) des usagers se disent vaccinés, mais parmi eux un tiers est totalement vacciné (3 injections, 32,5 %), un tiers a débuté une vaccination (1 à 2 injections, 34,5 %) et un dernier tiers (33 %) ignore le nombre d'injections pratiquées. De plus, 5,3 % disent avoir été infectés (guéris ou non) et 23,3 % pensent n'avoir été ni infectés ni vaccinés. Enfin, 21,4 % ne connaissent pas du tout leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (Cadet-Taïrou 2012).

Pour le VIH comme pour le VHC, on observe depuis le début des années 2000 un fléchissement de la prévalence déclarée de ces infections chez les usagers de drogues injecteurs (Graphique 6.1). Cette évolution peut s'expliquer par différents facteurs : l'impact des différentes mesures de santé publique prises en France ; l'accessibilité plus grande des traitements ; le plus grand accès au dépistage ; les évolutions des pratiques de la plupart des usagers de drogues. Néanmoins, si la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs se situe très certainement en 2010 au dessous de 10 %, celle du VHC se situe à des niveaux encore très élevés, la prévalence déclarée restant vraisemblablement nettement inférieure à la prévalence réelle.

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



Sources :

CSSTH : Usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée

RECAP/CSAPA : Usager de drogues injecteurs pris en charges en centres de soins spécialisés , prévalence déclarée

PRELUD/CAARUD : Usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

ENa-CAARUD : Usagers de drogues injectables vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

PES : Usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues) , prévalence déclarée

Coquelicot : Usagers de drogues injecteurs, données biologiques

BioPRELUD/CAARUD : Usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques

DREES/CSAPA : Usagers de drogues injecteurs pris en charge en centre de soins spécialisés

Note : Injecteur signifie ici, injecteurs au moins une fois au cours de la vie.

Comorbidités psychiatriques

Les usagers de drogues se perçoivent pour près de la moitié d'entre eux comme étant en mauvaise santé psychique (selon 45 % de ceux vus au travers des CAARUD en 2006) et cette impression s'accroît avec l'âge (38 % des moins de 25 ans l'expriment versus 46 % des 25-34 ans et 49 % des plus de 35 ans). Les usagers évoquent des symptômes dépressifs ou anxieux, des pulsions suicidaires voire des épisodes délirants. Plus d'une hospitalisation sur cinq survenue au cours des 12 derniers mois et mentionnée par les usagers des CAARUD est liée à des problèmes psychiatriques en 2010 (hors sevrage qui représente également une hospitalisation sur cinq)¹⁴⁰. Chez les femmes, la part des hospitalisations autodéclarées pour problèmes psychiatriques (hors sevrage) s'élève à 25 % (Cadet-Taïrou 2012).

¹⁴⁰ Sur 34,9 % soit 854 usagers qui déclarent avoir été hospitalisés dans l'année.

6.2.2. Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

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

6.2.3. Autres maladies infectieuses

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

Tableau 6.6 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n=239)	Autre(s) produit(s) (n=232)	Ensemble (n=471)
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 %*
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 %*
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 %*
Gonflements des mains et avant bras	43 %	30 %	37 %*
Gonflements des pieds ou jambes	16 %	12 %	14 %
« Poussières » ¹⁴¹	31 %	24 %	27 %

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

6.2.4. Données comportementales

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

Si la plupart des usagers de drogues ont intégré la notion de non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient ainsi le produit en groupe et le « pomperaient » à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue, celle-ci ayant pu être déjà utilisée. Un peu moins d'un injecteur récent sur 10 (9,1 %) vu dans les CAARUD en 2010 dit ainsi avoir partagé sa seringue au cours du mois précédent, mais un sur cinq a partagé au moins un élément du petit matériel. Ces valeurs sont toutes en baisse par rapport aux données 2008 mais ces baisses ne sont pas toutes statistiquement significatives. Par ailleurs, on a noté dans l'édition 2010 une baisse globale des indicateurs de précarité, concomitante à une chute de 10 % du taux de réponse des usagers. Ceci amène à évoquer une possibilité de biais (les plus précaires sont moins inclus dans l'enquête) et incite à considérer ces résultats avec précaution. L'édition 2012 de cette étude permettra de confirmer ou d'infirmer la tendance.

¹⁴¹ Une « poussière » est un terme employé par les usagers de drogues pour désigner une poussée fébrile avec malaise, maux de tête et frissons faisant suite à une injection. Son intensité est variable. Il s'agit en général d'une contamination bactérienne sanguine ou septicémie.

Tableau 6.7 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD, 2010

	Homme	Femme	Ensemble
	N = 872	N = 230	N = 1102
Seringues	7,9 %	13,6 %	9,1 %
Eau de préparation	15,0 %	26,4 %	17,4 %
Eau de rinçage	6,3 %	14,8 %	8,1 %
Cuillères	13,5 %	24,2 %	15,7 %
Cotons/Filtres	11,5 %	20,0 %	13,3 %
Petit matériel	20,3 %	33,2 %	23,0 %
Au moins un matériel	21,0 %	35,5 %	24,0 %

Source ENa-CAARUD, 2010, OFDT

Parmi les usagers des CAARUD incarcérés au cours de l'année en 2010 (N=363), 7,7 % ont injecté, 38,4 % ont sniffé et 2,9 % ont partagé une « seringue ».

Ces pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. En 2008, les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent en effet, selon l'élément de matériel concerné, entre deux et trois fois plus que ceux d'au moins 35 ans ($p<0.01$).

De plus, selon les données de l'enquête ENa-CAARUD 2008, les femmes à âge identique et précarité égale partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes ($p<0,01$). Plusieurs études font état récemment de prise de risques plus importantes chez les femmes (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b; Jauffret-Roustide *et al.* 2006) en particulier chez les plus jeunes.

Plusieurs sites TREND décrivent depuis 2002 des populations de jeunes en errance dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou de jeunes migrants totalement démunis en provenance le plus souvent d'Europe de l'Est. Ces usagers adoptent le plus souvent des conduites d'usage radicales (polyusage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins. La nouvelle génération des usagers précaires (moins de 25 ans) est donc celle qui cumule les risques sanitaires du fait d'un plus grand partage de matériel d'injection et d'un plus grand recours à la prostitution (Rahis *et al.* 2010).

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

En 2008, plus du tiers des usagers des CAARUD se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé physique (35 % en 2006) et cette proportion reste stable entre 2001 et 2008. Si la morbidité infectieuse est la plus fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès), existent également des problèmes traumatologiques (fractures, violences, accidents) ou de peau et de dents (mycoses, plaies, ulcères...) ou encore des pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhée...) ou cardiaque (Bello, P.Y. *et al.* 2010). En 2008, 38 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, cette part atteignant 44 % des femmes et 37 % des hommes.

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

Les seules données disponibles actuellement de manière régulière sont les données de l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers fréquentant les CAARUD.

En 2010, 6,5 % (N=144) des usagers des CAARUD déclarent avoir connu une surdose non mortelle au cours des douze mois précédents. L'héroïne est le premier produit mis en cause (23,6 % des cas), devant la cocaïne (18,8 %) et enfin l'alcool (13,9 %). Les benzodiazépines sont cités en deuxième ou troisième produit en cause dans près de la moitié des cas et l'alcool dans 34,3 % des cas.

6.3.2. Autres

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

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

Les données issues du registre de mortalité font apparaître une hausse constante du nombre de décès entre 2003 et 2008 et jusqu'en 2009 si on se restreint à la tranche d'âge des 15-49 ans parmi laquelle se rencontre la grande majorité des cas de décès par surdose.

Tableau 6.8 : Décès par surdoses en France selon le registre de mortalité

Année	Registre de mortalité (définition OEDT, sélection B)		
	Ensemble	15-64 ans	15-49 ans
2000	248	225	219
2001	274	243	232
2002	244	225	208
2003	233	212	204
2004	268	239	226
2005	303	264	241
2006	305	275	260
2007	333	287	260
2008	374	322	298
2009	365	321	305

Source : CépiDc

La source DRAMES renseigne sur les substances principalement en cause dans les décès par surdoses. En 2009, les substances illicites sont en cause, en tant que produit principal, dans un peu plus de la moitié des cas de décès (53 %), les traitements de substitution dans près de 34 % des cas et les médicaments opiacés (hors substitution) dans près de 13 % des cas. Globalement, les opiacés sont en cause, à titre principal, dans 87 % des cas et la cocaïne, seule

ou associée à d'autres produits, dans environ 12 %. Entre 2006 et 2009, l'accroissement du nombre de surdoses s'explique par l'augmentation du nombre de décès par surdose d'héroïne (+ 44 cas), et de méthadone (+ 27 cas).

Tableau 6.9 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses entre 2006 et 2009, données DRAMES

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

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

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

Il n'existe à ce jour aucune source d'information en France permettant de renseigner cette demande spécifique. Il est à noter que les principales institutions concernées cherchent avant tout à établir un consensus quant aux causes directes et une mesure uniforme des prévalences des surdoses mortelles. Il faut cependant mentionner que les pouvoirs publics ont souhaité évaluer le nombre de décès provoqués par la conduite sur route sous l'influence d'une drogue illicite et tout particulièrement du cannabis. En raison d'un nombre de cas d'accidents mortels dont le conducteur responsable serait sous l'influence d'opiacés ou de cocaïne trop faible, il n'a pas été possible de déterminer un nombre de décès par accident de la route attribuable à ces substances. En revanche, la consommation de cannabis peut être jugée responsable de 170 à 190 décès annuels à la fin des années 2000 (Van Elslande *et al.* 2011).

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

7.1. Introduction

Le dispositif de réponse aux problèmes de santé des usagers de drogues au cours des deux dernières décennies s'est largement concentré et structuré autour des maladies infectieuses transmissibles par injection (VIH et hépatites) (Bello *et al.* 2010). C'est pourquoi, les actions les plus anciennes et les mieux structurées concernent avant tout la lutte contre ces pathologies. On décrit trois niveaux de prévention¹⁴² : la prévention primaire avec la réduction des risques, la prévention secondaire avec l'incitation au dépistage et à la prise en charge précoce et, enfin, la prévention tertiaire visant à améliorer l'accessibilité des traitements et leur suivi par les usagers. Les autres pathologies liées à l'usage de drogues, comorbidités psychiatriques ou survenue d'incidents aigus par exemple, n'ont pas bénéficié jusqu'ici de réponses spécifiques des pouvoirs publics.

À l'exception des traitements de substitution¹⁴³ et jusque récemment, l'évolution de l'offre de soins et de réduction des risques (RDR) n'a pas été suivie très précisément en France en raison de difficultés d'accès aux données. Il existe cependant des indicateurs permettant de surveiller la couverture géographique des services spécialisés pour les usagers de drogues. Deux enquêtes menées par l'INPES dans un échantillon de pharmaciens et de médecins permettent de mesurer la densité de ces professionnels contribuant à la RDR ou aux soins (Baromètre santé pharmaciens, Baromètre santé médecins de l'INPES).

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

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

À partir de 2008-2009, deux actions spécifiques se mettent en place :

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

Il inclut au plan national la DGS (bureau des pratiques addictives et cellule de gestion des alertes), l'InVS, l'ANSM, l'OFDT, la MILDT ainsi que les réseaux locaux de chacune de ces

¹⁴² On assiste actuellement à une évolution de la conceptualisation du champ de la prévention avec la diffusion des notions de prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée. Cependant la classification utilisée ici s'avère toujours pertinente pour situer les actions par rapport aux différents stades du processus pathologique (voir chapitre 3).

¹⁴³ Cadre légal des traitements de substitution : voir chapitre 1.

institutions (hôpitaux, médecins, centres de soins spécialisés, cellule de veille régionale, structures de bas seuil, pharmaciens...) et leurs réseaux internationaux (Early Warning System, Centre européen de contrôle des maladies infectieuses).

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

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

Après analyse du signal, la réponse peut aller de la simple veille à l'alerte sanitaire sur la toxicité des produits circulant ou au rappel du danger lié à certaines pratiques à risque (Lahaie *et al.* 2009).

2) Des outils spécifiques de prévention des décès liés à l'usage de drogues ont été élaborés.

La recrudescence des décès liés à l'usage de drogues, notamment à l'héroïne (voir chapitre 6) a été l'occasion pour les autorités sanitaires de prendre conscience de la diffusion progressive de l'usage d'héroïne vers des populations plus jeunes, plus insérées socialement et surtout très peu informées tant des risques liés aux prises d'opiacés que des mesures de réductions de ces risques. Un collectif d'associations de RDR et d'autosupport a produit un outil d'information visant spécifiquement la prévention des surdoses à destination des usagers de drogues (UD).

Monitoring

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

Prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues a d'abord visé le VIH seulement, jusqu'à l'élaboration du premier Plan national de lutte contre l'hépatite C pour les années 1999-2002¹⁴⁴. Les mesures de prévention y concernent essentiellement les UD, qui constituent la grande majorité des nouveaux cas en France. Ce plan contient déjà des mesures visant la prévention, le dépistage, l'accès au traitement et l'amélioration des prises en charge. Avec la chute de la prévalence de l'infection à VIH chez les UD, la lutte contre les hépatites virales parmi eux devient une préoccupation centrale. Le plan 2002-2005, intitulé Programme

¹⁴⁴ Voir chapitre 3.

national hépatite B et C, intègre en plus la lutte contre l'hépatite B. En décembre 2008, dans l'attente d'un nouveau plan, des mesures sont prises, notamment pour sensibiliser les professionnels de santé à la vaccination des sujets à risques, dont les UD¹⁴⁵. Le nouveau plan (2009-2012) (DGS (Direction générale de la santé) 2009) s'inscrit dans les mêmes axes, mais identifie plus largement les groupes à risques, de manière à mieux les atteindre. La prévention vise ainsi également les populations les plus précaires, notamment les populations migrantes. Il prévoit en outre de travailler **sur la prévention de la première injection**. Et il intègre les contaminations possibles en raison d'usages de drogues par voie nasale ou fumée, alors que jusqu'alors le dispositif préventif français s'en était peu préoccupé.

Les mesures de prévention se déclinent en France en 3 axes :

1) La politique de réduction des risques¹⁴⁶

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

- La distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique. Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administrations autres que l'injection, avec l'apparition des kits-snif, et du kit-base destiné à fumer le crack, la distribution de feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon¹⁴⁷ ». Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à l'usage) contribue à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH.
- La diffusion de l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et la promotion de l'éducation à la santé.
- La diffusion des traitements de substitution aux opiacés à partir de 1995 (voir chapitre 5) qui visent en premier lieu à diminuer l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique.

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

¹⁴⁵ En France, la vaccination contre l'hépatite B n'a jamais été obligatoire, mais a donné lieu à des campagnes de promotion chez le nourrisson et l'adolescent jusqu'en 1998. Après l'arrêt de ces campagnes, le niveau général de vaccination a eu tendance à chuter. En 2004, il s'élevait à 29 % chez le nourrisson de 24 mois et à 42,4 % chez l'adolescent de 15 ans (BEH 2009, n° 20/21, encadré 1).

¹⁴⁶ Cadre légal de réduction des risques : voir chapitre 1.

¹⁴⁷ C'est-à-dire à fumer ou encore inhale les vapeurs d'une substance préalablement déposée sur une feuille de type « aluminium » et chauffée.

d'information, distribution de matériel...), soit indirectement (traitements de substitution). Les médecins généralistes et les pharmaciens contribuent également à la politique de réduction des risques en prescrivant et en délivrant la BHD. Afin de permettre l'accès aux traitements de substitution pour les usagers de drogues actifs les plus vulnérables (femmes enceintes, personnes détenues), les professionnels de santé¹⁴⁸ sont habilités à initialiser un traitement de substitution à base de méthadone en établissement hospitalier ou en milieu carcéral. Cette possibilité était jusque-là réservée aux médecins des CSAPA.

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

Le plan prévoit de mener des actions plus systématiquement dans toutes les structures fréquentées par les usagers de drogues, mais aussi d'informer sur l'utilité du dépistage et sur l'efficacité des traitements dans les lieux fréquentés par les populations précaires et les populations d'origine étrangère. Il prévoit également une campagne d'information dirigée vers la population générale et vers les professionnels de santé. Un objectif est de réduire la part des cas pour lesquels la pathologie est déjà très avancée au moment du dépistage positif.

La circulaire du 9 novembre 2009 rend effective les dispositions du Plan.

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit). En 2006, il existe en France 307 CDAG, auxquels s'ajoutent 73 antennes de CDAG en prison. Les usagers peuvent s'y rendre, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe également des initiatives locales du dispositif de RDR ou de soins pour organiser les prélèvements directement dans leurs structures. Un dépistage gratuit est également réalisé par les CSAPA. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins traditionnel. Cependant, contrairement au dépistage de l'infection à VIH et de l'infection à VHC, pris en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique à VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

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

Outre la poursuite de l'incitation à la vaccination des personnes à risque (notamment dans les centres de soins et les structures de RDR), le nouveau plan prévoit de relancer la vaccination de la population générale, des nourrissons et des adolescents. Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CDAG et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

Monitoring

Les données permettant le suivi des quantités de matériels d'injection délivrées aux UD ont été collectées en 2008 par l'OFDT. L'Observatoire réalise cette collecte à partir :

- des ventes de seringues de la société *Becton Dickinson* aux pharmacies ;

¹⁴⁸ Circulaire n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

- des ventes de Stéribox® aux pharmacies (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution, SIAMOIS, données transmises à l'InVS par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de Statistiques, GERS) ;
- du système d'information basé sur les rapports standardisés annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, voir annexe VI-V) ;
- des évaluations produites par diverses associations distribuant des seringues.

Le système d'information constitué par ces rapports d'activité des CAARUD permet également le suivi de l'activité déployée visant la prévention des pathologies infectieuses (nombre de préservatifs distribués, nombre d'actes annuel moyen par usager des CAARUD concernant l'accès au dépistage des pathologies virales et à la vaccination contre l'hépatite B.)

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

Si des mesures ont été réalisées, certains indicateurs ne sont pas disponibles avec une régularité suffisante, par exemple la part des UD séropositifs pour le VHC (ou le VIH) ignorant cette séropositivité. L'enquête Coquelicot menée par l'InVS en 2004 avait révélé qu'une part importante des UD positifs au VHC ignorait cette séropositivité (27 %) (Jauffret-Roustide *et al.* 2006). De même, la mesure de la connaissance par les UD de leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, contaminé, guéri ou non) a été réalisée en 2006 dans l'étude PRELUD (OFDT) sans être réitérée ensuite (Cadet-Taïrou *et al.* 2008).

Traitement des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

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

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

La prévention des maladies infectieuses est également prévue pour les usagers de drogues en prison. Le nouveau Plan hépatite considère la prévention en prison comme un des cinq axes stratégiques. L'accès au dépistage du VIH et des hépatites est également un axe fort du Plan 2010-2014 « santé/prison » (voir les chapitres 9 et 1).

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

Les autres conséquences sanitaires de l'usage de drogues ne donnent pas lieu à des réponses spécifiques en France. Les centres spécialisés pour les usagers de drogues et les structures de RDR ont pour mission de faciliter l'accès aux soins, dont certains peuvent parfois être trouvés

sur places (soins cutanés...). Il est possible de mesurer l'activité développée par les CAARUD dans ce sens. Par ailleurs, les UD utilisent le système de soins général (urgences, hôpitaux, médecins libéraux).

Pour les populations économiquement défavorisées, un accès aux soins est possible grâce à la CMU. Les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME) s'ils en font la demande. Mais certains usagers très précaires ne disposent plus de document attestant de leurs droits. Certains mineurs, encore couverts par leurs parents avec lesquels ils n'ont plus de liens, sont également dépourvus d'assurance. Ainsi, une faible part des usagers des CAARUD (4,8 % en 2008) ne bénéficie d'aucune couverture sociale (Toufik *et al.* 2008).

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

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

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

En 2010, le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a amélioré son organisation en favorisant et en suscitant une coordination des acteurs susceptibles de recevoir, de traiter et de répondre à des signaux¹⁴⁹ au plan régional : ARS (Agences régionales de santé), CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) du réseau de l'AFSSAPS, et sites du réseau TREND/SINTES de l'OFDT le cas échéant. Ce dispositif s'assure également que ces acteurs sont en capacité d'informer les cibles potentiellement concernées (structures de réduction des risques, centres spécialisés de soins pour les UD, réseau de médecins spécialisés dans la toxicomanie, association d'usagers, urgences hospitalières, etc.). En 2011, le dispositif progresse au plan régional, mais n'est pas encore totalement opérationnel dans toutes les régions.

Plusieurs dossiers ont été coordonnés par le dispositif d'alerte au cours de l'année, mais aucun risque n'a été identifié au plan national en 2011. Les différents acteurs ont pu conduire une part des investigations à l'échelle régionale, qui ont donné lieu le cas échéant à des communications ciblant uniquement les professionnels du champ des drogues et associations d'usagers au plan local. Cela explique en partie que le dispositif d'alerte n'ait produit en 2011 aucun communiqué de presse.

Le dispositif SINTES de l'OFDT a publié 5 notes d'information¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Un signal est un fait susceptible d'être lié à un phénomène nécessitant d'être pris en charge. Il doit être évalué et éventuellement investigué.

¹⁵⁰ http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_methoxetamine_111105.pdf

- Note SINTES sur la « Méthoxétamine », 7 novembre 2011 ;
- Rumeurs de circulation de Désomorphine ou « Krokodil », 28 octobre 2011 (actualisée le 4 novembre 2011) ;
- Héroïne : teneurs et adultérants. Évolutions récentes, 25 mai 2011 ;
- Répertoire des nouvelles drogues de synthèse identifiées en France depuis 2008, 9 mai 2011 (actualisée le 6 mars 2012) ;
- Méphédrone et autres stimulants de synthèse en circulation, actualisation du 7 février 2011.

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

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

L'accessibilité à la RDR, au dépistage et au traitement seront successivement traités.

Accessibilité de la RDR : dispositifs, structures et professionnels impliqués

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

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

L'INPES n'a pas réitéré son Baromètre auprès des pharmaciens d'officine. Les dernières données disponibles datent donc de l'année 2003 (Gautier *et al.* 2005). Elles peuvent être consultées dans les précédents rapports nationaux de la France à l'OEDT.

Une autre enquête nationale auprès des officines de ville a été réalisée en 2010. D'après les premiers résultats diffusés par l'AFSSAPS, 48 % des pharmacies de villes enquêtées déclarent délivrer des informations sur la prévention de maladies infectieuses et 41,5 % d'entre elles indiquent disposer de dispositifs de récupération des seringues (rapport à paraître).

http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_desomorphine_111028.pdf

http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_110525_coupe.pdf

http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_110509_nds.pdf

http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_100331_mephedrone.pdf

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

Une nouvelle édition du Baromètre santé médecins généralistes¹⁵¹ a eu lieu en 2009, soit 6 ans après la précédente (Gautier 2011).

- Deux tiers des médecins généralistes ont reçu au moins un usager de drogue dépendant aux opiacés au cours de l'année. La proportion de ceux qui reçoivent au moins un usager par mois a nettement progressé pour atteindre près de la moitié d'entre eux (vs un tiers en 2003) (Gautier 2011).
- Si la part de ces médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué, la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers d'entre eux prescrit maintenant de la méthadone (théoriquement en relais après une primoprescription en centre spécialisé, à l'hôpital ou en prison) alors que la part de ceux qui prescrivent de la BHD diminue (Gautier 2011). Ces derniers se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques. Leur profil type est le suivant : c'est un homme, exerçant en cabinet de groupe, réalisant plus de 20 actes par jour et dont la part de la clientèle bénéficiaire de la CMU¹⁵² atteint au moins 10 %. Les médecins qui prescrivent un TSO ont plus fréquemment que les autres médecins généralistes le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de prise en charge de la toxicomanie, des hépatites ou du VIH, sont nettement plus enclins que les autres à prendre en charge les patients usagers de drogues (74,8 % vs 47,2 %, p<0,001¹⁵³). En revanche, contrairement à la situation de 2003, l'âge du médecin semble sans lien avec sa propension à prendre en charge les UD. De surcroît, les médecins sont désormais plus nombreux à prendre en charge des personnes dépendantes aux opiacés dans les communes de moins de 20 000 habitants que dans les communes plus peuplées.

Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009

	1998/1999	2003	2009
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un UD (opiacés) par mois	35 %	34 %	49 %*
Parmi eux :			
Part des Médecins généralistes prescrivant un TSO	78,9 %	90,3 %*	87,2 %
BHD (Buprénorphine haut dosage)	71,9 %	84,5 %*	76,9 %*
Méthadone	12,6 %	26,0 %*	37,7 %*
Autre	13,5 %	7,4 %*	14,9 %

Source : INPES, Baromètre santé médecins

(* : différence significative p < 0,001 par rapport à l'édition précédente)

¹⁵¹ Enquête menée par téléphone auprès de médecins généralistes. En 2009, n=2083.

¹⁵² Couverture médicale universelle : sécurité sociale accessible aux français non cotisants ou aux personnes en situation régulière sur le territoire français.

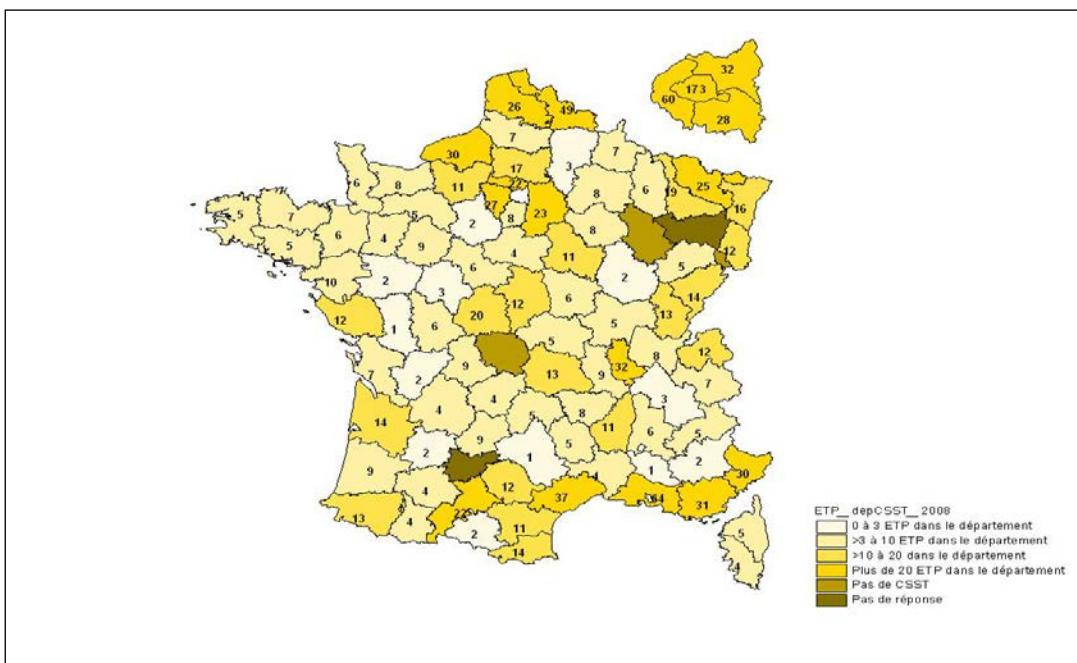
¹⁵³ L'inclusion dans le modèle logistique de la participation à un réseau de prise en charge de la toxicomanie, du VIH ou des hépatites, ne modifie pas les résultats (OR=2,9, p<0,001).

En 2009 les médecins voient en moyenne 1,8 [1,7-1,9] usagers de drogues dépendants aux opiacés par mois, moyenne non significativement différente de celle de 2003 (1,6). Par contre, les médecins qui reçoivent au moins un patient dépendant aux opiacés par mois en voient 3,6 [3,4-3,8] par mois, valeurs significativement plus basse qu'en 2003 (4,6).

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RDR

En 2008, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français. Néanmoins, 27 départements sur 100 ne disposent pas de CAARUD, dont 2 ne disposent pas non plus de CSAPA.

Carte 7-1: Répartition des ressources en personnel des CSAPA ambulatoires dans les différentes régions françaises en 2008 (anciens CCAA non inclus)



Source : *Bilan d'évaluation des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*

Activité de RDR des CAARUD

En 2010, 135 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes d'intervention divers. Parmi eux, 95 % proposent un accueil fixe, 66 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en squat, 40 % ont des équipes mobiles, 39 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 28 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (3,8 M de seringues en 2008) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...).

Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux

droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence.

Plus précisément, l'activité des CAARUD en 2008 pour la distribution de matériel de prévention était la suivante :

- seringues : 2,3 M de seringues à l'unité et 530 000 trousse (2 seringues par trousse, soit environ 1 M de seringues) données en main propre et 200 000 trousse (2 seringues, soit 400 000 seringues) via des automates gérés par le CAARUD (voir infra) ;
- petit matériel d'injection : 1,1 M de filtres et autant de cupules, 1,7 M de fioles d'eau, 2 M de tampons alcoolisés ;
- préservatifs : 782 000, dont les préservatifs masculins représentent 91 % ;
- gel : environ 292 000 unités.

L'aide à l'accès aux TSO et aux soins en général est une des missions importantes des CAARUD :

- 83 % des CAARUD déclarent mettre en place des actions d'accès aux TSO (orientation ou suivi) ;
- sur l'ensemble des actes d'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les soins corporels constituent les actes les plus fréquemment pratiqués (35 %), avant les soins infirmiers (26 %) ;
- 84,7 % des CAARUD développent des activités de promotion de l'éducation à la santé, dont 75 % des entretiens individuels et sessions d'information collectives axés sur les risques liés aux modes de contamination et aux substances.

En 2008, les CAARUD ont accueilli 48 000 personnes. La file active est en moyenne d'environ 200 personnes par structure, mais avec des réalités très disparates : 41 structures ont une file active de moins de 200 personnes alors que seuls 11 CAARUD comptabilisent plus de 1 000 personnes¹⁵⁴ (Chalumeau 2010).

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, qui est bien une de leurs missions, ne peut être quantifié en l'absence de données.

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les CAARUD ne sont pas les seules structures à diffuser du matériel d'injection par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention type kit Stéribox2® ou Kit+¹⁵⁵ à

¹⁵⁴ Pour une description de la file active, voir chapitre 4.

¹⁵⁵ Les trousse, ou kit de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elles comprennent 2 seringues, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 2 récipients

disposition des usagers de drogues par ce biais. Ces automates contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils diffusent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France, soit environ 1 M sur environ 13 M en 2008) que par la nature du service offert (anonymat et accès 24h/24). De plus cela leur permet d'atteindre une population différente de celle des autres dispositifs (Graphique 7-1). En 2007, on dénombrait 255 points de distribution de trousse de prévention et 224 points de collecte de seringues répartis dans 56 départements. Un peu plus de 40 % des départements français en sont donc dépourvus. Ces points ont distribué plus de 1 M de seringues et récupéré plus de 600 000 seringues usagées. En 2007/2008, la part de chaque opérateur se situait entre un quart et un tiers des quantités distribuées. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des appareils est vieillissant ou en mauvais état (Duplessy-Garson 2007).

Tableau 7.2 : Part des différents opérateurs dans la distribution de seringues par automate, 2007-2008

CAARUD (2008)	38 %
Associatifs non CAARUD (2007)	33 %
Communes (2007)	27 %
Autres (2007)	1 %
Ensemble	100 %

Source : enquête SAFE, 2007 et ASA-CAARUD/OFDT, 2008

Disponibilité du matériel d'injection, de fumette et de sniff

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 14 M de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Rapportée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Ce chiffre, qui est uniquement un ordre de grandeur, indique une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Les pharmacies jouent un rôle central contribuant à plus des deux tiers de la vente ou distribution des seringues. Toutefois, une évaluation fiable des besoins ainsi qu'une analyse des disparités géographiques (accessibilité des seringues en zones rurales notamment) restent à faire.

Aucune estimation complète n'a pu être réalisée depuis 2008 où l'on estimait à 13,8 M, le nombre de seringues distribuées ou vendues. Certaines données sont néanmoins disponibles pour 2010. Près de 2,4 M de kits Stéribox2® (trousse contenant du matériel d'injection stérile) ont été distribués en officine en 2010, ce qui correspond à 4,7 M de seringues (2 seringues par kit) d'après les données SIAMOIS de l'InVS. La distribution de Stéribox2® en officine est ainsi stable depuis le début des années 2000. Le dispositif d'automates hors CAARUD a permis la

stériles en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton, un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration), 1 préservatif, une notice d'utilisation ainsi que des messages généraux de prévention.

distribution de 1,1 M de seringues en 2010 d'après les données de l'association Safe, chiffre en augmentation par rapport à 2007.

Tableau 7.3 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les CAARUD et les automates selon les dernières données disponibles

	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : seringues à l'unité (2008)	4,3
Pharmacie : Stéribox® (2010)	4,7
CAARUD : seringues à l'unité données en main propre (2008)	2,3
CAARUD : Stéribox® (données en main propre) (2008)	1,0
CAARUD automates (2008)	0,4
Ensemble des automates hors CAARUD (2010)	1,1
Total	13,8

Source : Données OFDT, données InVS, GERS, Becton Dickinson, ASA-CAARUD, SAFE

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes des seringues aux usagers de drogues en pharmacie ont sensiblement diminué (dernière estimation complète en 2008). Cette baisse importante n'a été que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. En effet, ces derniers ne contribuaient encore en 2008 que pour moins d'un quart à l'ensemble des seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la baisse du nombre de seringues diffusées auprès des usagers de drogues au cours des dix dernières années.

Une hypothèse optimiste est la baisse du nombre d'injections, liée au fait que les nouveaux usagers de drogues pratiquent moins l'injection, au profit d'autres modes d'usage (sniff et voie fumée). Ces modes d'absorption alternatifs sont très largement prédominants chez les usagers de drogues entrés en contact avec les produits via le milieu festif et ont été adoptés par ailleurs par une part des usagers précaires.

Une autre explication peut être l'abandon des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou, pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. Ainsi, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante, à l'exception de certains groupes spécifiques (Bello *et al.* 2010; Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

Une hypothèse pessimiste est la reprise des comportements de partage et de réutilisation des seringues qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

Par ailleurs, en 2008, 28 500 pipes à crack ont été distribuées par les CAARUD. Quatre-vingt pour cent de ces pipes l'ont été dans les structures de la région parisienne et en Guyane.

Enfin, 197 000 outils pour sniffer (feuilles à rouler ou kit de sniff) ont également été distribués, essentiellement par les CAARUD intervenant en milieu festif (Chalumeau 2010).

RDR en milieu festif

Près de 4 CAARUD sur 10 disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif. D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDR ne sont pas comptabilisées dans le dispositif médico-social. Il s'agit notamment de certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées qui n'ont pas été labellisées CAARUD. Un bon nombre de ces associations non labellisées et dont l'activité n'est pas comptabilisée œuvre justement dans la RDR en milieu festif.

Il n'existe pas d'éléments de connaissance permettant de confronter l'offre au besoin des usagers en milieu festif. Sur un plan qualitatif, le dispositif TREND a observé depuis la publication en 2002 du décret¹⁵⁶ qui précise les modalités d'organisation des fêtes, un éclatement de la scène festive non commerciale en de multiples petites *free parties*, non déclarées, se tenant sans publicité dans des lieux annoncés au dernier moment à des cercles d'initiés. Ces fêtes sont de moins en moins accessibles aux associations de RDR qui, de plus, ne peuvent être présentes partout.

Les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé, ainsi que de la capacité des intervenants à être présents et à mener leur intervention (tableau 7-3) (Reynaud-Maurupt *et al.* 2007). Lorsqu'il s'agit des soirées se déroulant dans la sphère privée, leur existence échappe très facilement aux intervenants de la RDR. C'est donc à l'initiative des organisateurs de l'événement que les associations peuvent se mobiliser pour mettre en place des actions spécifiques. Ce sont principalement la promotion et la distribution de matériel d'information (dépliants sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention) et/ou d'outils de RDR tels que seringues, pailles, etc. Pour les événements festifs publics, aux interventions d'information et de délivrance du matériel de prévention, s'ajoutent la distribution de boissons et de nourriture, la mise à disposition d'espaces d'accueil et d'écoute, d'espaces d'apaisement et de réassurance ou encore d'actes de premiers secours. Lorsqu'elle est utilisée, l'analyse de produit sur site (« testing ») est un moyen efficace pour les intervenants de rentrer en contact avec les usagers de drogues.

156 Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical (NOR INTD0200114D).

Tableau 7.4 : Activités de prévention en milieu festif

Type d'événement	Interventions principales	Population
Free party : événement festif de moins de 500 personnes ou rave « payante » (sans autorisation préfectorale)	Flyers en téléchargement pour les participants et les organisateurs et possibilité de commande de matériel de RDR Si connaissance d'une telle soirée : dépliants d'information et matériel (« flyage »)	Initiés de la musique Tekno, publics insérés
Free party « légale » : événement festif « multisons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « chill out »	Part importante de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un ou plusieurs villages « RDR » : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, « testing »	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'UDVI
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Les publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival ...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), « stand » ou « chill out » mobile	Beaucoup de très jeunes

Source : OFDT à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS)

Connaissance de la RDR

Le dispositif TREND constate que les groupes d'usagers qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD en milieu urbain apparaissent peu au fait des mesures de RDR. Il s'agit en particulier des jeunes en errance mais aussi des usagers dits « socialement insérés » qui s'initient à l'injection, des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes usagers de l'espace festif (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

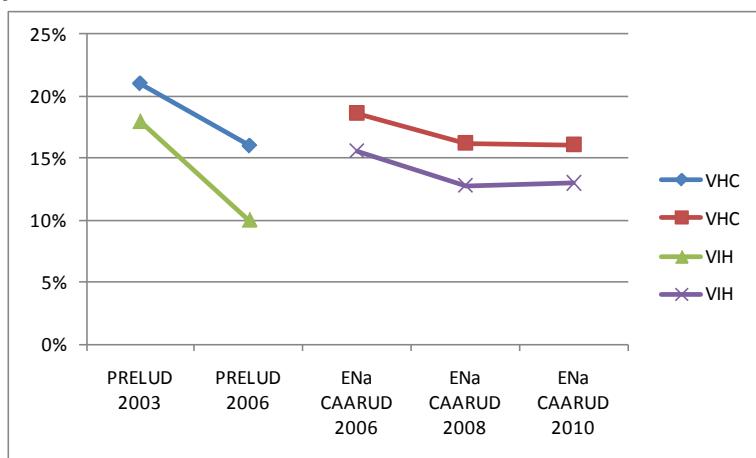
Activité et niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

En 2008, pour une file active d'environ 55 600 usagers de drogues, les CAARUD ont organisé près de 32 000 dépistages d'hépatites B ou C et d'infection à VIH (VHC : 12 200, VIH : 11 000, VHB 8 800). Il y a 1 300 interventions permettant l'accès à la vaccination contre l'hépatite B dans ce cadre.

Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2010 une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC (voir chapitre 6.2). Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'ont jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C. Ils sont 7,7 % pour le VIH (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

Graphique 7-1 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003, PRELUD 2006 / TREND OFDT, ENa-CAARUD 2006, 2008, 2010 /OFDT, DGS

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qui régressait, semble actuellement stagner.

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois (tableau 7-4). Cette part régresse légèrement par rapport à l'année 2008 mais la différence n'est statistiquement significative que pour le VIH (59,0 % à 55,3 %).

Tableau 7.5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2010

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2 156	87,0 %	2 059	83,9 %
N'a pas fait le test	322	13,0 %	295	16,1 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	815	44,7 %	598	44,8 %
6 mois à un an	434	23,8 %	340	25,5 %
Plus d'un an	575	31,5 %	397	29,7 %

* Résultats déclaratifs

Source : ENa-CAARUD 2010, OFDT, DGS

La part des usagers positifs connaissant leur statut sérologique serait l'indicateur rendant le mieux compte de la finalité du dépistage, mais il nécessite la mesure de sérologies biologiques que la France peine à mener régulièrement.

En 2004, l'étude Coquelicot menée dans 5 villes françaises estimait à 2 % la part des usagers positifs pour le VIH ne connaissant pas leur statut sérologique réel. L'étude BioPRELUD menée en 2006 sur 5 sites également l'estimait à 5 % (Cadet-Taïrou *et al.* 2008; Jauffret-Rousteide *et al.*

2006) . Pour le VHC, ces taux s'élevaient respectivement à 27 % dans l'étude Coquelicot (2004) et à 8,5 % dans BioPRELUD (2006). L'écart peut s'expliquer d'abord par la disparité importante entre les sites. Deuxièmement, Coquelicot mesurait des sérologies sanguines et BioPRELUD des sérologies salivaires. D'ailleurs, dans ce deuxième cas, seuls les patients dont la virémie est détectable sont positifs ; les patients guéris ne sont donc plus positifs. Troisièmement, enfin, deux ans séparent ces deux études (voir aussi chapitre 6.2). En 2006 (PRELUD), la part des usagers des CAARUD déclarant ne pas connaître leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, non vacciné, non contaminé ou contaminé) atteignait 36 %. Enfin, une étude menée à partir du système d'information des « pôles de référence pour l'hépatite C » qui prennent en charge une part des patients porteurs du virus de l'hépatite C, permet de suivre la part des dépistages tardifs parmi les patients nouvellement pris en charge (Brouard *et al.* 2009). Le dépistage tardif est ici défini par le fait que l'année de dépistage est identique à l'année de début de traitement, c'est-à-dire que le patient est dépisté à un stade de la maladie nécessitant déjà un traitement. Pour l'ensemble des patients (quelque soit l'origine de la contamination) cette part a diminué entre 2001 et 2007 de 42,7 % à 33,4 % ($p < 0,01$). La part des UD par voie intraveineuse parmi ces patients dépistés tardivement n'ayant pas significativement bougé (39,6 % en 2001 vs 35,5 % en 2007 chez les hommes et 15,9 % vs 12,7 % chez les femmes), on peut déduire que les UD bénéficient de la baisse du dépistage tardif comme la moyenne du groupe. Il en va de même pour le dépistage tardif chez les UD par voie nasale uniquement.

Une mesure de la situation autodéclarée des usagers par rapport à l'hépatite B a été réalisée en 2010 dans l'étude ENa-CAARUD. Seuls 16,3 % des usagers affirment avoir reçus les 3 injections vaccinales nécessaires à une vaccination complète ; 17,2 % disent n'en avoir reçu qu'une ou deux. En outre, 16,5 % des usagers se pensent vaccinés sans pouvoir indiquer le nombre d'injections reçues. Ils sont 5,3 % à signaler être ou avoir été infectés. Près d'un quart (23,3 %) des usagers pense ne jamais avoir été ni infecté, ni vacciné. Il reste 31,4 % des personnes qui disent ne pas connaître du tout leur situation vis-à-vis de l'hépatite B. Au total, seul un peu plus d'un usager des CAARUD sur cinq est déjà immunisé (Cadet-Taïrou 2012).

Accès au traitement

Les données recueillies en 2010 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH¹⁵⁷ sont suivis médicalement, puisque 91,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 74,6 % ont un traitement prescrit pour cette infection. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'observer d'évolutions statistiquement significatives.

En 2008¹⁵⁸, la même enquête montrait que les deux tiers des personnes enquêtées (70,5 %) s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C, avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédent l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête réalisée en 2006, puisque seuls 22,5 % des usagers des CAARUD infectés par le VHC déclaraient alors avoir reçu un traitement ($p=0,02$).

¹⁵⁷ N = 122

¹⁵⁸ Le taux de réponse à cette question a été très faible pour l'année 2010 (autour de 20 % des usagers séropositifs). Le résultat ne peut donc être utilisé.

7.4. Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues

En l'absence de réponse spécifique aux autres problèmes de santé, l'accès aux soins constitue le seul élément que l'on puisse observer.

Parmi les usagers de drogues reçus dans les CAARUD en 2008, seuls 4,6 % n'ont pas de couverture médicale. Plus de la moitié (54,8 %) bénéficient de la CMU ou de l'AME et 6,3 % bénéficient d'une prise en charge totale en rapport avec une « longue maladie » (ALD) (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

La réalisation de soins et l'accès aux soins représentent en 2008 la deuxième activité des CAARUD par les actes réalisés après les activités relatives au lien social.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

8.1. Introduction

Les usagers de drogues mènent souvent une existence caractérisée par des difficultés d'insertion dans la société, sur le plan professionnel et sur celui des relations interpersonnelles. L'ensemble de ces problèmes (chômage, difficultés à se loger, isolement social, etc.) peut-être désigné par le terme de dommages sociaux. Ceux-ci sont souvent analysés comme étant une conséquence de la consommation de substances psychoactives. La relation entre ces deux termes est cependant loin d'être à sens unique, les difficultés sociales constituant un terrain favorable pour le développement et le maintien dans les usages de drogues. Il faut par ailleurs se garder d'une vision caricaturale selon laquelle tout usage de drogue serait associé à l'exclusion sociale.

Les problèmes d'insertion sociale des usagers de drogues seront décrits à partir des résultats des enquêtes menées auprès des usagers de drogues fréquentant des centres de traitement des problèmes d'addiction (CSAPA) et des structures de réduction des risques (CAARUD).

Pour faire face aux problèmes de pauvreté et d'exclusion sociale, les pouvoirs publics français mettent en œuvre un grand nombre de politiques sociales qui portent notamment sur les domaines de la santé, de l'emploi et de la formation, du logement, qu'il n'est pas possible de détailler ici. Les usagers de drogues peuvent bénéficier au même titre que l'ensemble des français de ces politiques.

Certains aspects des politiques sociales concernent tout particulièrement les usagers de drogues dans la mesure où une proportion importante parmi eux est touchée par l'exclusion sociale. À ce titre on peut mentionner la création du Revenu minimum d'insertion (RMI) institué en 1988 qui consacre le droit à toute personne de bénéficier d'un minimum de ressources ainsi que d'une protection en cas de maladie. Depuis le 1er juin 2009, le RMI est remplacé par le RSA¹⁵⁹. En 2011, 2,02 millions de personnes sont allocataires du RSA. Au total, 4,30 millions de personnes sont couvertes par cette prestation en intégrant les familles des allocataires¹⁶⁰

La France a également mis en place en 2000 la CMU de base dont bénéficient de nombreux usagers de drogues. La CMU permet l'accès à l'Assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Les bénéficiaires de la CMU sont exemptés du ticket modérateur et dispensés de faire l'avance des frais de soins. En complément a été mis en place la CMUC (complémentaire) qui ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite (mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance). C'est donc la possibilité de consulter un médecin (à l'hôpital ou dans un cabinet de ville), sans dépense à charge et sans avance de frais. Enfin, l'AME, mise en œuvre à la même période, vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière

¹⁵⁹ Le Revenu de solidarité active garantit une augmentation des revenus et il complète les ressources de ceux qui tirent de leur travail des revenus limités. Le versement du RSA n'est pas limité dans le temps : la personne peut conserver le même montant de RSA tant que sa situation ne change pas. Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion (NOR PRMX0818589L).

¹⁶⁰ <http://www.rsa-revenu-de-solidarite-active.com/actualite-rsa/126-beneficiaires-rsa-juin-2011.html>

ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

Les usagers de drogues peuvent ainsi bénéficier en théorie de nombreuses aides prévues pour l'ensemble des Français. En pratique, les situations d'exclusion les plus graves dans lesquelles se trouvent certains usagers de drogues s'accompagnent souvent d'une impossibilité à faire valoir leurs droits, les démarches devenant trop complexes pour des personnes désinsérées. Ainsi, parmi leurs missions, les CSAPA et les CAARUD doivent en tout premier lieu intervenir pour les aider à récupérer leurs droits. De façon plus générale, ces structures assurent l'information, l'évaluation sociale et l'orientation des personnes ou de leur entourage ainsi que la prise en charge sociale et éducative, qui comprend outre l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion et la réinsertion. Si des programmes ou interventions particuliers sont développés par ces professionnels, l'accès au droit commun demeure un objectif central et l'outil principal pour l'amélioration des situations sociales.

Sur le plan des politiques publiques spécifiquement mises en œuvre pour les usagers de drogues, la MILDT, dans le cadre du Plan gouvernemental 2008-2011, a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction. Cette orientation s'est développée autour des 6 axes suivants :

- élaborer des indicateurs de réinsertion sociale ;
- mettre en place des guides de bonnes pratiques pour améliorer les coopérations entre professionnels de l'addiction et ceux intervenants auprès d'autres publics précaires ;
- étendre le modèle des microstructures médicales ;
- expérimenter de nouveaux modes de prise en charge sociales des usagers de drogues traités en médecine de ville ;
- favoriser l'accueil des usagers à leur sortie de prison dans le cadre des dispositifs d'hébergement insertion (AHI) ;
- développer les partenariats entre structures médico-sociales spécialisées en addiction et le dispositif accueil hébergement insertion.

Il est encore aujourd'hui trop tôt pour faire le bilan de ce plan.

8.2. Exclusion sociale et usagers de drogues

La situation sociale des usagers problématiques de drogues en France est connue principalement à travers les dispositifs de prise en charge : les centres de soin spécialisés en ambulatoire et résidentiels (CSAPA) et les structures dites de « bas seuil » (CAARUD).

Le dispositif TREND de l'OFDT renseigne chaque année les évolutions sur le plan de la consommation des produits, des types de produit qui circulent, de leurs modes d'usages, des publics concernés et des contextes. C'est dans ce cadre que peuvent être abordées les situations sociales des usagers ainsi que des éclairages sur des populations spécifiques (jeunes errants, migrants, femmes, etc.).

8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

Les usagers des centres de soins

Le tableau 8.1 synthétise la situation sociale des personnes accueillies dans les centres de soins spécialisés en 2010 et en 2011. Il illustre la part importante des personnes prises en charge qui se trouvent dans des situations de précarité en termes de logement, de situation professionnelle et de situation économique ou de niveau de formation. Une distinction a été faite pour décrire d'une part les personnes prises en charge pour usage de cannabis et d'autre part celles qui ont un usage pour « opiacés, cocaïne et autres drogues », en raison des caractéristiques bien distinctes de ces deux sous-groupes (âge et nombre de substances consommées notamment).

Tableau 8.1 : Précarité sociale des personnes prises en charge par les centres spécialisés en 2010 et en 2011.

	2010		2011	
	Usagers « opiacés, cocaïne et autres drogues »	Usagers cannabis	Usagers « opiacés, cocaïne et autres drogues »	Usagers cannabis
Sexe				
H	77,8 %	88,1 %	77,3 %	87,3 %
F	22,2 %	11,9 %	22,7 %	12,2 %
Age moyen	35,9 ans	25,9 ans	37,1 ans	25,7 ans
Logement précaire ¹⁶¹	19,6 %	13,3 %	19,0 %	12,9 %
Sans domicile fixe	6,3 %	2,1 %	5,9 %	1,5 %
Situation professionnelle précaire ¹⁶²	64,6 %	50,2 %	62,8 %	48,6 %
Ressources précaires ¹⁶³	41,8 %	24,9 %	40,7 %	24,9 %
Formation inférieure au second cycle de l'enseignement secondaire ¹⁶⁴	22,7 %	23 %	22,7 %	23 %

Source : RECAP/OFDT, 2009, RECAP/OFDT, 2010

Lecture : L'âge moyen des usagers d'« autres drogues » est de 35,9 ans en 2010 contre 25,9 ans pour les usagers de cannabis.

Parmi le groupe de personnes « opiacés, cocaïne et autres », on observe au cours du temps une décroissance de la précarité depuis 2005. La part des usagers ayant un logement précaire était de 25,0 %, des usagers SDF de 7,5 %, ayant une situation professionnelle précaire de

¹⁶¹ Logement provisoire ou en institution et personnes incarcérées.

¹⁶² Activités rémunérées intermittentes, chômeurs et autres inactifs.

¹⁶³ Allocations chômage prestations sociales (RMI, AHH...) et autres ressources (dont sans revenus). Les données 2009 incluaient également les ressources provenant d'un tiers. Elles ont été exclues car pour les plus jeunes il s'agit le plus souvent de personnes qui ne sont pas encore autonomes financièrement et dépendent de leur parents. La donnée 2009 selon la définition employée ici est 24,1 %.

¹⁶⁴ Inférieure à Bac et équivalents, CAP-BEP et équivalents... En France, le taux de chômage varie en sens inverse du niveau de diplôme qui peut être considéré comme un indicateur du niveau de qualification des actifs, même s'il ne prend pas en compte l'amélioration de la qualification qui peut être obtenue par la formation continue et par l'expérience professionnelle. Ainsi, au cours des quatre premières années après la sortie de la formation initiale, un actif sans diplôme ou ayant un BEP a plus de 2 fois plus de risque d'être au chômage en 2008 qu'un actif qui a un diplôme du deuxième cycle du secondaire.

69,0 % et des ressources précaires de 43,7 %. Cette décroissance pourrait n'être qu'apparente car, dans le même temps, l'âge moyen des usagers s'accroît et la part des usagers suivis pour des problèmes d'alcool également. Or ces deux facteurs sont en lien avec une précarité moindre. Les usagers du groupe cannabis connaissent une situation à peu près stable.

Les usagers des CAARUD

Les usagers accueillis par les centres de bas seuil (CAARUD) sont encore davantage fragilisés. Le plus souvent, ces personnes ne sont pas engagées dans une démarche de soin active ou sont en rupture de prise en charge. L'accueil inconditionnel constitue la pierre angulaire du travail de ces structures ; l'anonymat et la gratuité sont garantis. De plus, au-delà de leur fonction d'accueil (quasi exclusivement en ambulatoire ; seuls 4 CAARUD en France assurent un service d'hébergement), les CAARUD développent un certain nombre de « services » pour aller vers les populations usagères de drogues les plus marginalisées ou les plus éloignées des structures sanitaires et sociales : travail de rue, déplacement sur des squats, unités mobiles, interventions en milieu festif...

Pour mesurer le niveau de précarité des répondants, une variable de précarité socioéconomique a été calculée¹⁶⁵. [5]. Ce modèle a permis de classer les individus en fonction de leur degré de précarité : faible, moyenne ou forte. Cette classification est adaptée à la description de la population fréquentant les CAARUD qui présente un niveau de précarité important par rapport à la population générale.

Quasiment les trois quarts des usagers des CAARUD vivent dans une situation de précarité moyenne ou forte (74,3 %) en 2010. Si cette part demeure toutefois importante, elle semble baisser par rapport à 2008 où 8 sur 10 des usagers connaissaient la même situation (79,9 %) (tableau 8.2). En effet, la diminution de la précarité des usagers interrogés - quand les données qualitatives évoquent le contraire - pose problème et crée un doute sur l'ensemble des évolutions observées. La chute de 10 points du taux de réponse pourrait constituer un élément d'explication. Les intervenants des CAARUD, pourraient avoir opéré des biais dans le choix des usagers à interroger lorsqu'ils manquaient de temps. Le manque de temps des intervenants constitue en effet la première cause de non réponse (42 %) devant le refus de l'usager. Les indicateurs témoignant de la précarité des usagers suivent, dans l'ensemble, le sens de cette évolution, même si tous les écarts sont loin d'être statistiquement significatifs (Cadet-Taïrou 2012).

¹⁶⁵ La classification s'est appuyée sur le calcul d'un score obtenu à partir des réponses aux trois variables suivantes recodées en trois catégories comme suit : a) Couverture santé : 1- affilié à la sécurité sociale avec une couverture complémentaire, 2- affilié à la sécurité sociale avec ou non la CMU (Couverture maladie universelle), 3- pas d'affiliation avec ou sans AME (Aide médicale d'Etat) ; b) Logement : 1- durable (indépendant ou durable chez des proches), 2- en institution ou provisoire chez des proches, 3- SDF (Sans domicile fixe) ou vivant en squat ; c) Origine des ressources : 1- revenus d'emplois et Assedic, 2- prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers, 3- autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenus.

Tableau 8.2 : Situation de précarité des usagers de CAARUD en 2008 et en 2010

	2008	2010
Précarité faible	20,0 %	25,7 %
Précarité moyenne	47,3 %	46,5 %
Précarité forte	32,6 %	27,8 %

Source : ENa-CAARUD 2008/OFDT, DGS, ENa-CAARUD 2010/OFDT, DGS

Lecture : La part des usagers à forte précarité est de 32,6% en 2008 contre 27,8% en 2010.

Les moins de 25 ans présentent un taux de « forte précarité » plus élevé que leurs ainés : 42,8 % contre 29,5 % chez les 24-35 ans et 23,1 % chez les plus de 34 ans. En France métropolitaine, la région parisienne (Île de France) se distingue également par un niveau de précarité forte plus important que le reste de la France (37,3 % contre 23,9 %) et ce malgré une plus faible proportion de jeunes usagers.

La grande majorité des usagers accueillis dans les CAARUD en 2010 bénéficie d'une couverture par la Sécurité sociale (85,3 %). Cette situation atteste de l'ancrage du système de santé français même dans les couches les plus précarisées de la société. Plus de la moitié des usagers des CAARUD sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale par le biais de la CMU (53,9 % en 2010). Près d'un sur six bénéficie d'une ALD (14,0 %) et un peu plus d'un quart des usagers dispose d'une couverture complémentaire (25,9 % soit, dans les deux cas, un doublement depuis 2008). (tableau 8.3).

Tableau 8.3 : Protection sociale des usagers des CAARUD

	2008	2010
	N=3 115	N=2480
Affiliés à la Sécurité sociale dont	87,8 %	85,3 %
avec couverture complémentaire	14,4 %	25,9 %
avec CMU	50,2 %	53,9 %
avec ALD	6,3 %	14,0 %
Non affilié dont	7,5 %	10,8 %
sans AME	4,6 %	nd
avec AME	2,9 %	nd
Autre ou ne sait pas	4,8 %	3,9 %
Ensemble	100 %	100 %

Source : ENa-CAARUD 2008 et 2010/OFDT, DGS

Lecture : Parmi les usagers accueillis dans les CAARUD en 2008, 87,8% sont affiliés à la sécurité sociale et 50,2 % de l'ensemble des usagers des CAARUD bénéficient de la CMU.

La part des usagers ne disposant d'aucun revenu officiel ni de revenu social tend également à diminuer par rapport à 2008 (22,0 % contre 25,6 %). Les usagers plus âgés bénéficient davantage de prestations sociales que les jeunes : 17,5 % pour les moins de 25 ans contre 57,5 % entre 25 et 34 ans et 65,2 % au-delà de 35 ans. Les moins de 25 ans se trouvent en effet beaucoup plus fréquemment dans une situation d'absence totale de revenus officiels (58,3 % contre 19,5 % pour les 25-34 ans et 14,3 % pour les plus de 35 ans).

Tableau 8.4 : Origine des ressources des usagers des CAARUD en 2008 et 2010

	2008 N=3 082	2010 N=2461
Revenus liés au travail	17,8 %	22,0 %
Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions invalidité)	13,4 %	13,6 %
Allocation chômage	8,4 %	9,5%
Prestations sociales/ ressources provenant d'un tiers	52,8 %	56,1 %
RMI / RSA	35,2 %	40,7 %
Allocation adulte handicapé	13,9 %	16,6 %
Autres prestations sociales	2,6 %	1,5 %
Ressources provenant d'un tiers	1,1 %	1,7 %
Autres ressources (illégales ou non officielles)	25,4 %	22,0 %
Autres ressources (y compris illégales ou non officielles*)	5,4 %	8,2 %
Sans revenu (y compris mendicité)	20,0 %	17,5 %
Ensemble	100 %	109,3 % / 100 %

* Entraient dans cette catégorie, la prostitution, le trafic, le vol, le travail au noir etc.

Source : ENa-CAARUD 2008/OFDT, DGS, ENa-CAARUD 2010/OFDT, DGS

Note : En 2010, la somme des modalités à l'intérieur de chaque catégorie est supérieure au poids de cette catégorie, car deux modalités étaient acceptées. Ce n'était pas le cas en 2008. En revanche, la somme des pourcentages des trois principales catégories est égale à 100 %, les individus appartenant à deux catégories ayant été préférentiellement classés dans la catégorie la moins précaire.

8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Depuis quelques années, il apparaît de nouveaux « groupes » d'usagers qui vivent dans des situations de grande précarité : de « jeunes errants » et des hommes jeunes originaires principalement des pays de l'Est qui ont débuté leurs consommations avant d'émigrer en France. De plus, la présence de jeunes femmes de moins de 25 ans dans les structures de première ligne suscite une mobilisation particulière des intervenants, compte tenu de la radicalité de leurs pratiques et de la persistance d'usages à risque (Rahis et al. 2010).

Les « jeunes errants » (individus plus jeunes dont la marginalité est marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profondes) sont des usagers polyconsommateurs qui recourent non seulement aux opiacés mais aussi aux pratiques d'injection. Néanmoins, dans un souci de se démarquer de la figure classique de l'usager de drogue problématique, leur recours au dispositif « bas seuil » apparaît plus occasionnel et davantage tourné vers la couverture de leurs besoins primaires que vers des demandes de soins. Leur mode de vie précaire et le recours à la « débrouille » leur donne l'illusion d'une insertion paradoxale et alternative.

Les « nouveaux migrants » sont issus principalement d'Europe centrale et orientale, d'Asie provenant principalement de la Chine, du continent africain (Maghreb, Afrique subsaharienne) (Rahis et al. 2010). Si Paris réunit une grande diversité d'origines, les autres territoires français rencontrent principalement des ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Russie, Bulgarie, Géorgie, Ukraine, Biélorussie, Roumanie, Moldavie et pays composants l'ex-Yougoslavie) (Rahis et al. 2010).

Les conditions de vie de ces populations sont très précaires, aggravées par le caractère irrégulier de leur séjour. Majoritairement injecteurs d'héroïne et d'amphétamines, les usages de médicaments (notamment la BHD) sont très présents. Les intervenants des CAARUD s'efforcent

de sensibiliser ces populations aux risques de transmissions virales (VIH et hépatites) du fait de leurs conditions de vie et de la réprobation dont fait l'objet l'injection au sein des groupes auxquels ils appartiennent. Des tensions importantes sont signalées entre ces groupes et les autres bénéficiaires, plus « historiques », des centres de première ligne.

8.3. Réinsertion sociale

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues en traitement est très majoritairement assuré par les structures spécialisés CSAPA et CAARUD à travers des projets et programmes spécifiques développés par ces établissements médico-sociaux et comme relai vers les dispositifs de droit commun.

La MILD'T à travers son Plan national 2008-2011 a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction (MILD'T 2008). Cette orientation se décline autour de 2 objectifs prioritaires :

Objectif 1 : favoriser l'accueil des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ou des drogues illicites dans le dispositif accueil-hébergement-insertion à leur sortie de prison :

- par la mise en place de consultations avancées de CSAPA dans ces structures et de formations croisées ;
- par la rédaction d'un référentiel multi-professionnel de préparation à la réinsertion ;
- par la mise en œuvre d'unités d'accueils courts et d'accès rapide proposant soins, actions d'insertion et hébergement

Objectif 2 : développer les partenariats entre structures médico-sociales (CAARUD et CSAPA) et le dispositif accueil hébergement insertion ; expérimenter la mise en place de consultations assurées par des professionnels des structures médico-sociales dans une vingtaine de structures d'hébergement et de formations croisées entre les structures des deux champs concernés.

Sur le plan des partenariats interinstitutionnels au niveau national, un cadre de travail a été signé entre la MILD'T et la DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) afin de mieux articuler la dimension insertion sociale et le plan d'action de lutte contre les drogues.

Les structures spécialisées CAARUD, à travers leurs rapports d'activités annuels, enregistrent les actes réalisés (nombre et nature). Parmi ceux-ci, les mesures de réinsertion (accès aux droits, hébergement et formation-emploi) sont développées, bien qu'elles ne représentent qu'une part faible de l'ensemble de leur activité, centrée principalement sur l'accueil de premier recours (« refuge », alimentation, hygiène de base...), la réduction des risques et les soins (Chalumeau 2010).

En dehors des rapports d'activité des CAARUD, il n'existe pas d'outils permettant de suivre avec précision les mesures engagées sur les différents volets de l'insertion sociale des personnes en traitement. Les rapports d'activité des structures ne détaillent pas ou très partiellement, ni les besoins ni les actions-programmes entrepris. Une réflexion est actuellement en cours pour définir des indicateurs pertinents et leur mise en œuvre.

Ainsi, les éléments détaillés dans les trois paragraphes suivants (hébergement, éducation et emploi), ne reflètent que partiellement la situation nationale (RECAP, 2010) ; ils sont principalement le fruit des constats effectués par un groupe d'experts (voir questionnaire structuré 28 – année 2009).

8.3.1. Hébergement

En 2010, près de 20 % des usagers accueillis dans les CSAPA n'ont pas de logement durable indépendant, chez des proches ou en institution. Parmi eux, les usagers d'« autres opiacés, cocaïne et autres » sont plus nombreux que ceux de cannabis (24,4 % contre 14 %).

La question de l'hébergement demeure l'une des priorités en termes d'insertion sociale, notamment dans les grandes villes et de façon criante en région parisienne.

Les réponses principalement apportées sont **le logement social, l'hébergement d'urgence l'hébergement social et l'hébergement thérapeutique**.

Le logement social en France est principalement composé du parc HLM (Habitation à loyer modéré) ; aujourd'hui 10 millions de personnes vivent dans les 4,2 millions de logements gérés par les organismes HLM qui ont pour mission de loger dans les meilleures conditions tous ceux qui ont des difficultés à se loger dans les conditions du marché. Or depuis plusieurs années l'offre de logement est très insuffisante au regard des demandes. Si les personnes en traitement ne subissent pas de discrimination objectivable quant aux procédures d'attributions, elles subissent aussi les effets de cette pénurie, sauf à remplir les conditions faisant d'elles des personnes prioritaires. En 2006, en France métropolitaine, on dénombre 1,2 million de demandes de logements HLM non pourvues, dont 550 000 demandes de ménages déjà locataires HLM.

Certaines structures (et notamment les CSAPA) développent des services qui facilitent l'accès aux logements individuels, par exemple :

- Les baux glissants : dans un premier temps, la structure prend à son compte la location des logements qui appartiennent à des propriétaires privés ou publics, afin de les sous-louer légalement. Elle signe l'état des lieux, le bail et règle le loyer au bailleur. L'allocation logement est directement versée à la structure et le loyer résiduel (loyer moins allocation logement) reste à la charge du sous-locataire. Après une période « probatoire », pouvant aller de six mois à un an, le bail « glisse » et le sous-locataire devient ainsi le locataire officiel des lieux.
- Suivi « pédagogique » de la location : aider le locataire à gérer au mieux son budget et accomplir des démarches administratives comme la gestion des factures, l'achat de mobilier, etc.

Il n'existe pas de données permettant d'évaluer la fréquence et le volume de ces programmes.

L'hébergement d'urgence est une solution à laquelle les structures spécialisées ont recours. Il s'agit d'un accueil inconditionnel, c'est-à-dire sans sélectivité des publics et de courte durée. Les principales structures et dispositifs assurant de l'hébergement d'urgence sont :

- les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) : 360 CHRS en France déclarent piloter une section d'urgence ;
- les nuitées d'hôtel ;
- des centres d'hébergement de nuit, parfois en dortoir, parfois plus individualisés ;
- des centres fonctionnant toute la journée et hébergeant pour des durées parfois très courtes (quelques nuits), parfois proches de celles des CHRS (le plus souvent de l'ordre de 6 mois renouvelables) ;
- des centres d'hébergement d'urgences (appelés « Sleep-in » et maintenant CAARUD) destinés exclusivement aux usagers de drogues. Trois villes en France métropolitaine sont dotées de structures de ce type (Paris, Lille, Marseille) ainsi que la Guyane (Cayenne).

Hormis ces dernières structures, les centres d'hébergement d'urgence favorisent l'accueil de publics « stabilisés » et ne présentant pas de troubles du comportement. Ceci peut tendre à exclure un certain nombre de personnes en traitement. Pour toutes ces structures, il est demandé aux personnes de se conformer aux différents règlements intérieurs (pas de consommation d'alcool ni de drogues, pas de violence physique et verbale, etc.).

L'hébergement temporaire ou hébergement d'insertion se caractérise par la sélection du public accueilli, l'élaboration d'un projet d'insertion et un accueil de plus longue durée. Une équipe de professionnels est présente de façon continue. Les principales structures existantes sont :

- Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS, au nombre de 827) : les CHRS ont pour objet de faire accéder les personnes qu'ils prennent en charge à l'autonomie personnelle et sociale. Ils assurent les fonctions d'hébergement, d'accueil notamment dans les situations d'urgence, le soutien et l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle. Le public pouvant être accueilli en CHRS est large. Il s'agit de personnes ou de familles qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de santé ou d'insertion...) notamment en raison du manque de logement ou de conditions défectueuses de celui-ci. Néanmoins les « catégories de population admises » peuvent différer d'un établissement à l'autre.
- Les maisons relais : ce sont des résidences sociales de petite taille, dix à vingt-cinq logements chacune, destinées à accueillir des personnes en situation de grande exclusion. Elles leur proposent un logement autonome sans condition de durée, des espaces communs, ainsi qu'une aide renforcée à la vie quotidienne (santé, hygiène, alimentation) et vise une bonne intégration de la structure dans l'environnement local.
- Les résidences sociales : elles offrent une solution de logement meublé temporaire à des ménages ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement ordinaire, pour des raisons économiques mais aussi sociales, et pour lesquels un accompagnement social peut s'avérer nécessaire.

Malgré des efforts importants entrepris entre les structures spécialisées et ces centres d'hébergement sociaux « généralistes » pour offrir des solutions aux personnes en traitement, des difficultés importantes d'accès sont constatées par les différents intervenants. Le Plan

gouvernemental drogues 2008-2011, pour améliorer cette situation, a favorisé les partenariats et interactions entre le secteur spécialisé addiction et le secteur de l'hébergement social : un appel à projet a été lancé afin de favoriser ces passerelles ; 30 projets ont été retenus et seront financés.

Enfin, plusieurs dispositifs spécialisés « **d'hébergement thérapeutique** », spécifiquement dédiés aux personnes en traitement sont disponibles en France. Tous ces établissements d'hébergement sont gérés par des structures médico-sociales spécialisées (CSAPA) :

- Le centre de postcure en alcoologie ou centre de soins, de suite et de réadaptation en alcoologie accueille après leur sevrage les personnes dépendantes à l'alcool qui éprouvent le besoin de consolider leur abstinence dans un milieu protégé. La durée de séjour est variable de 1 à 3 mois, les sorties et les visites sont réglementées.
- Le Centre thérapeutique communautaire (CTC), appelé également « communauté thérapeutique », est un lieu de soin avec un hébergement collectif. La communauté thérapeutique est assimilée à une famille structurée, hiérarchisée et organisée. Chaque résident intègre un groupe avec un responsable à sa tête. Chaque groupe a la responsabilité de différentes tâches comme le nettoyage, la cuisine, le jardinage, l'entretien de la maison. Le Centre thérapeutique communautaire peut accueillir jusqu'à 50 personnes.
- Le Centre thérapeutique résidentiel (CTR) appelé également centre de postcure, est un lieu de soin avec un hébergement collectif qui prend en charge toute personne toxicomane inscrite dans une démarche volontaire. Le CTR peut accueillir jusqu'à 20 personnes. La durée de séjour initiale est d'environ 6 mois renouvelables. Les délais d'attente peuvent être longs.
- Appartements thérapeutiques relais (ATR) : appartements individuels ou collectifs mis à disposition de certains anciens usagers de drogues entrés dans une démarche de soin. L'absence d'encadrement permanent réserve ces structures aux personnes ayant la capacité de vivre seules. Certains appartements peuvent accueillir les couples et les personnes accompagnées d'enfant(s).
- L'hébergement de transition ou d'urgence est proposé à la personne dépendante ou anciennement dépendante qui est entre deux soins ou dans une période dite de transition : avant un sevrage ; pendant la stabilisation d'un sevrage ou d'un traitement de substitution ; en attente d'une admission en postcure ou d'un hébergement stable. Cette période est modulable en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Durant ce court séjour (1 à 4 semaines), la personne est hébergée en appartement individuel ou collectif et parfois en chambre d'hôtel.
- Le réseau de familles d'accueil est un groupe de familles formées et encadrées par des professionnels qui sont volontaires pour accueillir quelque temps une personne en traitement. Les familles d'accueil offrent à la personne toxicomane une relation personnalisée dans un espace familial. Elles perçoivent une indemnité en fonction de la présence effective d'une personne chez elles.

Malgré cette pluralité de dispositif d'hébergement thérapeutique, l'offre reste insuffisante.

8.3.2. Éducation et formation

En 2010, près de 23 % des personnes en traitement n'ont pas atteint le niveau scolaire du second degré, c'est-à-dire qu'elles ne disposent d'aucune formation générale ou professionnelle¹⁶⁶.

Les personnes en traitement ne font pas spécifiquement l'objet de programmes ou de dispositifs spécifiques de formation ou de remise à niveau scolaire. Elles peuvent en revanche, comme l'ensemble de la population générale et notamment les demandeurs d'emploi, s'appuyer sur les organismes publics et privés de la formation professionnelle.

La situation est identique pour ce qui concerne les formations qualifiantes. Les mesures sont intégrées dans la politique de l'emploi ; le principal opérateur est le Pôle emploi. L'orientation et le financement de formations font partie de ses missions. Il n'existe pas de formations spécifiquement dédiées aux personnes vulnérables, mais trois publics cibles prioritaires ont été identifiés : les personnes éloignées de l'emploi depuis longtemps (chômeurs de longue durée), les jeunes et les personnes issues de l'immigration (les femmes plus particulièrement). La VAE (Validation des acquis de l'expérience) et les formations classiques qualifiantes sont les deux principales mesures mises en œuvre.

8.3.3. Emploi

En 2010, plus de 23 % des personnes en traitement sont au chômage, soit deux fois plus que les taux rencontrés au sein de la population active française. La part des usagers d'« opiacés, cocaïne et autres drogues » est largement supérieure à celle des usagers de cannabis (26,3 % contre 19,8 %)¹⁶⁷.

Il n'existe pas en France de barrière administrative particulière concernant l'accès à l'emploi sur le « marché du travail ouvert » des personnes en traitement (dépistage, situation médicale discriminante...), même si des réticences à l'emploi de ces personnes de la part des employeurs peuvent être supposées. Les taux de chômage important constatés sont plus certainement la conséquence d'un niveau de formation faible, d'un parcours professionnel souvent chaotique et d'un marché du travail très tendu.

Par ailleurs, il existe en France un « marché du travail intermédiaire » très structuré et reconnu par le Code du travail (art. L 5121-1) ; il est couvert par l'appellation « Insertion par l'activité économique (IAE) ». De plus, il existe depuis 1977 des « contrats aidés » (principe d'allègement du coût salarial pour l'employeur) destinés aux publics les plus vulnérables.

À compter de janvier 2010, ces différents contrats aidés sont regroupés au sein d'un Contrat unique d'insertion (CUI) pour le secteur marchand et un contrat de professionnalisation pour le secteur non marchand.

Le dispositif d'IAE est constitué de différentes structures dédiées à l'insertion par l'activité économique (SIAE). Ces structures sont des employeurs qui doivent être agréés par l'État. Elles

¹⁶⁶ Système d'information RECAP de l'OFDT, 2010.

¹⁶⁷ Système d'information RECAP de l'OFDT, 2010.

signent des conventions qui déterminent les conditions d'exercice de l'activité, l'aide qui leur est apportée et les objectifs de résultats. Les quatre principales SIAE sont :

- les associations intermédiaires (AI) ;
- les entreprises de travail temporaires d'insertion (ETTI) ;
- les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) ;
- les entreprises d'insertion (EI).

Si en 2006 on estime à 253 000 le nombre de personnes embauchées par les différentes SIAE (61 000 équivalent temps plein), l'offre reste très limitée au regard des besoins et les « sélections » se font naturellement par le haut : les personnes les plus en difficultés sont généralement exclues, de fait, de ces dispositifs.

Néanmoins, certaines structures spécialisées, face à leur difficulté d'accompagner leurs bénéficiaires vers l'emploi, ont développé leur propre dispositif d'insertion professionnelle ou favorisent les passerelles et coopérations (Maguet *et al.* 2009) .

Les activités occupationnelles sont à dissocier des actions d'insertion/démarche vers l'emploi, mais offrent un « avant goût » de ce que peut être le milieu du travail. L'association Espace (CAARUD) a mis en place un atelier à bas seuil d'exigence dans lequel le public accueilli procède à la récupération de livres, les enregistre sur une base informatique, les conditionne puis les remet à la disposition d'associations partenaires qui mènent des projets éducatifs ou humanitaires. De plus, cet établissement a créé un poste en interne de chargé d'insertion. Celui-ci constitue un réseau d'entreprises sur son territoire et facilite le lien entre candidats et employeurs potentiels, rassurant les uns et les autres sur leurs craintes réciproques. Sa bonne connaissance tant des entreprises que des publics reçus par la structure, permet d'adapter finement les propositions d'emploi aux attentes et compétences des publics.

Le CSAPA Drogues et société propose aux patients du centre de soins de participer à des ateliers de création artistique, afin de renforcer leur sentiment d'utilité sociale ; ces créations pouvant être utilisées ultérieurement pour illustrer des documents d'information et de prévention réalisés par le centre. Des ateliers de redynamisation sont également proposés par cette structure.

La communauté thérapeutique du Fleuve (Gironde) accueille en son sein un atelier et un chantier d'insertion (ACI). Accompagnés d'une intervenante socioprofessionnelle, les résidents peuvent intégrer pendant une période de 6 mois le chantier d'insertion dans le cadre d'un projet personnel d'insertion.

Le CSAPA ALIA (ville d'Angers) a mis en place des ateliers d'aide à l'insertion où le travail est appréhendé comme « outil du soin ». Le cadre de travail implique des formes de contraintes propre au monde de l'entreprise : lieu d'embauche, rythme biologique et de travail, respect des consignes, gestion d'un salaire... Ces ateliers (ouvriers polyvalents) offrent une immersion dans le monde du travail et un accompagnement spécifique propre à des adultes dont la problématique est addictive.

Des partenariats sont établis entre des centres de soins et des régis de quartier (entreprise d'insertion). Des échanges entre les professionnels de ces deux types de structures, pour se

connaître et débattre des spécificités des publics toxicodépendants, sont des préalables indispensables au bon fonctionnement de ces partenariats. Ces entreprises d'insertion ne sont en effet pas formées et préparées à accueillir ce type de population.

Des structures d'envergure nationale comme l'association Aurore développent des partenariats internes afin de favoriser l'accès des personnes en traitement (centre de soin) aux dispositifs de l'insertion par l'activité économique (chantiers et entreprises d'insertion).

À cette liste de structures de bas seuil, on peut ajouter d'autres associations qui œuvrent pour la réinsertion professionnelle des usagers de drogues :

- L'Association *Parcours* accompagne les usagers de drogues dans la mise en place de leur projet d'insertion socioprofessionnelle. L'objectif est d'éviter le risque de rechute des usagers en les orientant vers des structures qui leur offrent des solutions plus adaptées. Par exemple des missions courtes ou un travail à temps partiel dans la mesure où les grandes structures comme Pôle Emploi ont un niveau d'exigence qui peuvent conduire les usagers à décrocher.
- l'Association FIRST qui gère un CAARUD à Aulnay-sous-Bois. Son l'objectif est de renouer les usagers de drogues avec une activité leur permettant de bénéficier de ressources complémentaires. Il s'agit d'activités qui ne requièrent aucune qualification (nettoyage de jetons de Stéribox, confection de kits de RDR, mise sous plis de courriers de journaux...). Les usagers sont rémunérés de deux façons : sur la base de l'heure travaillée (smic horaire) ou à la pièce (au nombre de kits conditionnés). L'objectif étant de familiariser l'usager, souvent très précaire, avec une activité afin de combler l'étape intermédiaire entre une absence totale d'activité et l'insertion par le travail.
- L'Association Ligne de vie créée en 2004 dont le public est constitué de personnes toxicomanes sevrées ou stabilisées par un traitement de substitution. Le but est de proposer un emploi à l'usager associé à un suivi médico-social. Ligne de Vie a dépassé en juillet 2011 la barre de 400 personnes réinsérées.
- Les recommandations formulées dans le document « insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues » explorent plusieurs pistes pour faciliter le lien entre prise en charge sanitaire et insertion professionnelle des usagers (Calderon *et al.* 2011). Il est proposé de privilégier des partenariats souples entre les structures de bas seuil et des associations d'insertion sur le principe de mise à disposition permanente des chargés d'insertion.
- L'apport d'autres champs extérieurs au monde médico-social est encouragé.
- Une approche collective à l'intérieur des structures de réduction de risque est mise en place afin que les usagers puissent échanger entre eux et avec l'administration sur leurs difficultés et leurs attentes.
- Il est aussi proposé d'aider les usagers à formaliser leurs attentes dans une logique d'entraide et d'auto-support afin d'être des coauteurs de leur projet de traitement et d'insertion.
- Les recommandations proposent l'analyse des pratiques des professionnels afin de mieux gérer les relations entre l'usager et l'intervenant social ou médical.

- Le volet de la formation des équipes d'accueil dans les structures de bas seuil et celles du champ de l'insertion demeure un nouveau champ à explorer. Pour favoriser une meilleure collaboration entre ces deux sphères, souvent cloisonnées, les intervenants doivent être formés à la problématique du projet d'insertion des personnes usagères de drogues qui appartient à la fois au champ médico-social et à celui de l'insertion.

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

9.1. Introduction

Définitions

D'après les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur en France, toute personne qui consomme et/ou détient ces substances s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. Depuis la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner d'effectuer un « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ». Inspirée des stages de sensibilisation à la sécurité routière, cette sanction pécuniaire (à la charge du contrevenant), à visée pédagogique, s'adresse aux usagers occasionnels de stupéfiants, non dépendants, qu'il s'agit de dissuader de récidiver dans leur comportement d'usage en leur faisant prendre conscience des conséquences de leur consommation. L'usager simple peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération, en particulier en cas d'infraction associée (voir la description du cadre légal dans le chapitre 1).

Le ministère public (le Parquet) peut décider de prononcer une mesure de remplacement aux poursuites pénales à l'encontre des auteurs d'infraction jugées de faible gravité : cette mesure alternative aux poursuites pénales peut être un rappel à la loi, une injonction thérapeutique, une orientation sanitaire et sociale, une composition pénale, une mesure de réparation ou une médiation pénale. En cas de non-exécution de la mesure alternative, les poursuites judiciaires sont réactivées.

La palette des réponses pénales à l'usage comprend aussi des mesures alternatives à l'incarcération : travail d'intérêt général (TIG), suivi avec mise à l'épreuve (SME) contenant éventuellement une obligation de soins, suivi socio-judiciaire et placement sous surveillance électronique (PSE) dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

La France comptait, au 1^{er} janvier 2011, 189 établissements pénitentiaires, comprenant 56 358 places « opérationnelles » (c'est-à-dire des places de détention disponibles) réparties entre :

- 101 maisons d'arrêt et 39 quartiers de maison d'arrêt (situés dans des centres pénitentiaires), qui accueillent les prévenus (en attente de jugement), les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an ou qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale) ;
- 82 établissements pour peine (qui hébergent plusieurs quartiers), soit :
 - 40 centres pénitentiaires qui comprennent au moins 2 quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
 - 25 centres de détention et 37 quartiers « centres de détention », qui accueillent les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus ;
 - 6 maisons centrales et 5 quartiers de maison centrale ;
 - 11 centres de semi-liberté et 4 quartiers de semi-liberté recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans

surveillance ou de la semi-liberté, et 4 quartiers « centre pour peines aménagées » situés dans des centres pénitentiaires ;

- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, prévus dans le programme de la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002¹⁶⁸ et dont le premier a été ouvert à la mi-2008 ;
- 49 établissements à gestion déléguée sur les 189 établissements.

Outils de collecte des données

Les données policières et pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et facilement accessibles. En revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vision complète du traitement des infractions, du stade de l'interpellation jusqu'à celui de la condamnation et éventuellement, de l'exécution de la peine, pour plusieurs raisons.

Les interpellations pour ILS sont classées en deux grandes catégories : usage simple et trafic (décomposé en usage-revente, trafic local et trafic international). Ces données existent depuis 1971. Les condamnations enregistrées par le Casier judiciaire national (CJN, voir annexes VI-B) et informatisées depuis 1984 rendent compte, quant à elles, des décisions de jugement prises à l'encontre des personnes poursuivies pour ILS devant le tribunal : on dispose donc d'une exploitation statistique homogène qui permet d'observer l'évolution des condamnations prononcées, en volume et en structure, entre 1984 et 2010. Les modifications de la législation relative aux stupéfiants ayant été limitées durant cette période, on dispose de bonnes garanties de comparabilité pour analyser l'évolution des sanctions pénales prononcées par les juridictions durant cette période.

Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions mais, par convention, les condamnations sont présentées selon l'infraction principale. Les catégories statistiques utilisées sont les suivantes : usage illicite de stupéfiants, aide à l'usage par autrui, détention/acquisition, fabrication/emploi/transport, offre et cession, importation/exportation, autres ILS.

- Jusqu'en 2003, c'est l'exploitation statistique des données du Fichier national des détenus (FND, voire annexe VI-N) qui permettait de rendre compte des flux de la population carcérale et de suivre l'ensemble des personnes incarcérées (pour ILS ou pour d'autres infractions) au cours de la période de détention.
- Depuis 2003, date de la mise en service de la nouvelle version de l'application « Fichier national des détenus », toutes les infractions à l'origine de la condamnation sont enregistrées (alors que seule l'infraction principale était enregistrée auparavant) mais l'état actuel de la nouvelle version du FND ne permet pas de connaître le rang de l'infraction (infraction principale ou associée) et donc ne permet pas de repérer les cas pour lesquels une ILS est le motif principal d'incarcération. Cette limite est particulièrement forte pour les cas d'usage de stupéfiants, souvent associés à des infractions plus graves motivant, elles, l'incarcération (nombre d'incarcérations au seul motif de l'usage actuellement inconnu).

¹⁶⁸ Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR JUSX0200117L).

Au-delà de ces indicateurs réguliers d'activité, le cadre français de production des connaissances sur la criminalité liée à l'usage de drogues comprend par ailleurs des données spécifiquement collectées en milieu carcéral :

- **Les enquêtes institutionnelles.** Initiées, conçues et mises en œuvre par les autorités de tutelle (ministère de la Santé, ministère de la Justice, etc.), leurs résultats sont publiés par ces autorités. Il s'agit souvent d'analyses rétrospectives de données existantes (fiches santé entrant, nombre de traitements de substitution prescrits en prison, données des rapports d'activité des CSST en milieu carcéral, etc.). Les échantillons sont larges et se veulent représentatifs de la population incarcérée. Le rythme de ces enquêtes est irrégulier, à l'instar de l'enquête santé/entrants. Parmi les enquêtes réalisées par les services d'études des ministères, on peut citer les enquêtes de la DREES (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale/ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille), menées en 1997 et en 2003. Elles donnent des éléments d'analyse du profil de santé des entrants en prison (consommations de substances psychoactives, traitements de substitution, facteurs de risque, pathologies constatées) qui ont été recueillies lors de la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt et quartiers de maison d'arrêt des centres pénitentiaires (voir liste des sources détaillées, annexes VI-C). De même, les données fournies par l'enquête DGS-DHOS entre 1999 et 2004 sur la substitution en milieu carcéral permettent de retracer les évolutions dans le nombre de traitements (poursuites, initialisations) et les modes de prise en charge (méthadone, Subutex®) sur cette période.

Les enquêtes menées « un jour donné » par la DHOS sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (du 23 au 27 juin 2003, par exemple) décrivent le profil des patients VIH+ et VHC+ connus reçus dans les UCSA, unités de soins hospitaliers intervenant en milieu pénitentiaire. Ces enquêtes « substitution » et « VIH-VHC », auparavant réalisées par les services du ministère de la Santé, ont été regroupées au sein de l'enquête PREVACAR (PREVAleances en milieu CARcéral), désormais conçue et mise en œuvre conjointement par la DGS (promoteur) et l'InVS (coordination scientifique), réunis au sein d'un comité de pilotage national (composé de représentants de la DGS, de la DGOS, de l'InVS, de la DAP, des UCSA, des ARS et des associations de patients).

L'enquête PREVACAR comprend deux volets d'étude :

- un volet « offre de soins » (dépistage des 3 virus, vaccination contre l'hépatite B, soutien aux personnes atteintes par le VIH et les hépatites virales, offre en matière de traitements de substitution aux opiacés).
- un volet « prévalences » (prévalence de l'infection par le VIH, prévalence du VHC, nombre de personnes détenues sous traitement de substitution, caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées séropositives pour le VIH et/ou le VHC et/ou sous traitement de substitution aux opiacés).

Après une phase pilote en 2008, qui visait à tester les questionnaires et à valider la méthode d'échantillonnage, l'enquête a été menée en juin 2010, dans 27 établissements pénitentiaires tirés au sort pour le volet prévalence et auprès de 145 UCSA, sur 168 sollicitées, pour le volet offre de soins.

- **Les enquêtes épidémiologiques.** Souvent adossées à un institut de recherche (par exemple l'INSERM (Lukasiewicz *et al.* 2007; Vernay-Vaisse *et al.* 1997; Rotily *et al.*

1997) ou l'InVS (Jauffret-Roustide *et al.* 2006)), elles sont locales ou nationales et s'appuient elles aussi sur des données préalablement existantes.

- **Les recherches et études sociologiques qualitatives.** À partir d'entretiens qualitatifs avec de petits échantillons, ces enquêtes cherchent à décrire des profils d'usagers et documentent leur parcours dans l'incarcération et dans la toxicomanie. Le recueil de données se fait en dehors des temps d'incarcération.
- **Les études réalisées par les professionnels du soin.** Études descriptives quantitatives ou qualitatives, elles sont initiées par des professionnels exerçant en milieu carcéral, comme par exemple l'enquête PRI2DE (Michel *et al.* 2011b) (programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention). Elles souffrent parfois d'un manque de rigueur méthodologique mais permettent de connaître le point de vue et l'expérience des professionnels.
- **Les rapports officiels.** Motivés par un changement légal ou réglementaire, une actualité politique ou bien une mission statutaire d'avis ou de contrôle, ils ont pour objectif d'élaborer des recommandations, qui s'appuient sur des constats et des états des lieux documentant le sujet.
- **Les publications des ONG.** Dans leur contenu, ils peuvent ressembler à la structuration des rapports officiels (constat et recommandations), mais leur forme est plus libre. Plus rarement, ils peuvent s'appuyer sur un recueil de données (OIP (Observatoire International des Prisons) 2005).

À ces sources s'ajoutent d'une part des documents plus généraux sur la prison, généralement des travaux sociologiques ou démographiques permettant de comprendre le contexte général de la prison ; d'autre part des articles et documents divers, qui sont souvent des synthèses d'autres travaux.

Contexte

Délinquance et usage de drogues

Les multiples enquêtes réalisées sur ce thème montrent que les usagers de drogues sont plus fréquemment auteurs de délits graves et peu graves : le nombre d'actes de délinquance tend également à croître en fonction de la fréquence de consommation de produits psychotropes.

Le constat d'un rapprochement entre usage de drogues chez les jeunes et comportements à problèmes (délits d'atteinte à la propriété, absentéisme et exclusion scolaires, implication dans des bagarres ou des actes de vandalisme) a également été établi (Barré *et al.* 2001).

En France, l'enquête réalisée périodiquement depuis 1998 à la demande du ministère de la Justice auprès des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) révèle des prévalences élevées : 60 % des jeunes suivis ont déjà pris du cannabis durant leur vie (ministère de la Justice, 1998).

Il faut toutefois distinguer les ILS *stricto sensu*, les crimes et délits imputables de façon indirecte à l'abus de substances psychoactives et l'ensemble des facteurs de style de vie communs à ces deux types de conduites déviantes que sont la prise de substances et la délinquance.

- La première de ces trois catégories, la plus facile à saisir, regroupe l'ensemble des crimes et délits immédiatement liés à la drogue : consommation, possession, trafic ou fabrication de substances illicites représentent autant d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). On peut aussi y ajouter les cas de conduite sous influence de stupéfiants.
- Le deuxième groupe d'infractions indirectement imputables à la consommation de produits psychoactifs réunit les actes de délinquance dont la commission est associée sous une forme ou une autre à la consommation de ces substances, sans que celle-ci constitue un élément de leur définition (délinquance dite « acquisitive » pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogue).
- Troisième et dernière catégorie, la mieux susceptible d'éclairer la correspondance complexe entre drogue et criminalité, les comportements toxicomaniaques et délinquants peuvent être regardés comme deux aspects conjoints d'une socialisation et d'un mode de vie déviants (Joubert *et al.* 1995). Dans cette perspective quasi ethnologique, le recours aux substances psychoactives doit être compris comme une occurrence, parmi d'autres, de conduite à risque. La plupart des travaux épidémiologiques et sociologiques privilégient cette approche en France.

Usage de drogues en prison

Les ILS représentent près de 14 % des condamnations en 2010. Ce motif d'incarcération ne signifie pas forcément que les contrevenants à la loi française consomment des drogues. Par ailleurs, parmi les personnes incarcérées pour des délits autres que des ILS, certains peuvent être consommateurs de drogues. Selon le rapport de la commission d'enquête du Sénat publiée en 2000, les usagers de drogues, réguliers ou occasionnels, seraient près de 40 000 (pour 68 765 entrants en 2000, soit 58 %) à entrer en prison chaque année, soit dans le cadre d'une inculpation directement liée aux trafics des stupéfiants, soit dans le cadre d'un délit lié à l'usage ou à l'obtention de drogues (vols, etc.) (Hyest *et al.* 2000).

En 2011, en France, les données épidémiologiques connues relatives à l'usage de drogues en prison sont relativement anciennes, la dernière enquête « entrants » de la DREES remontant à 2003. En outre, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) ayant un antécédent d'incarcération était estimée à 61 % dans l'enquête Coquelicot réalisée en 2004 par l'InVS avec le soutien de l'ANRS auprès d'un échantillon de 1 462 usagers de drogues dans 5 villes de France. On relève par ailleurs une tendance aux polyconsommations, puisqu'en 2003, un quart des « entrants » déclaraient consommer au moins deux substances psychoactives (Mouquet 2005).

Les études existantes montrent que l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés dans des proportions moindres pendant l'incarcération (Rotily 2000a). En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se sont développées en milieu pénitentiaire. D'une façon générale, on observe un transfert relatif des consommations de drogues illicites et rares vers les médicaments (Stankoff *et al.* 2000).

Ces consommations de stupéfiants, qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, risques d'accidents en cas d'association des médicaments à d'autres produits, états de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques. De

surcroît, les personnes détenues constituent une population qui, du point de vue des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, cumule les facteurs de risque. Le faible accès aux soins de cette population et plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a souvent été confrontée avant l'incarcération (absence de domicile stable, de régime de sécurité sociale) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection apparaît importante au sein de cette population précarisée, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclaraient une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 (Mouquet *et al.* 1999) ; en 2003, seuls 2,6 % des entrants déclaraient pratiquer l'injection (Mouquet 2005). Selon les études, 60 % à 80 % des détenus cessent de s'injecter en détention. Les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique d'injection semblent réduire la fréquence de leurs injections, en augmentant toutefois les quantités injectées ; ils sont aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants. Enfin, les détenus semblent plus touchés par les maladies infectieuses qu'en population générale. Les données les plus récentes permettent d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. Comme à l'extérieur toutefois, la prévalence du VIH en prison a reculé alors que celle de l'hépatite C connaît une forte progression.

La part des détenus bénéficiant d'un traitement de substitution se situe, selon les enquêtes, entre 7 % et 9 %. Selon les enquêtes les plus récentes, PREVACAR (Chemlal *et al.* 2012) et PRI2DE (Michel *et al.* 2011b), entre 8 % et 9 % des détenus bénéficient d'un TSO (cf. partie 9.6.1). Selon l'enquête plus ancienne de la DREES, à leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (environ 85 % des personnes sous traitement de substitution dans l'ensemble de la population) (Mouquet 2005). Pendant l'incarcération, ce chiffre diminue car dans un certain nombre d'établissements, les traitements ne sont pas poursuivis, alors que la loi du 18 janvier 1994¹⁶⁹ (qui instaure l'équivalence des soins en milieu libre et en milieu fermé) le prévoit. Le taux d'interruptions de traitements a fortement baissé entre 1998 et 2004 mais il concerne toujours plus d'un traitement sur dix (données DGS/DHOS). Une enquête de l'OFDT a montré en outre que l'accès à la méthadone était en hausse dans les établissements pénitentiaires : parmi les détenus dépendants aux opiacés, 35 % étaient pris en charge dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone en 2006 (Obradovic *et al.* 2008a; Obradovic *et al.* 2008b), vs. 22 % en 2004 (DGS/DHOS, ministère de la Santé). Un tiers des établissements comptent aujourd'hui plus de 50 % de leurs patients substitués sous méthadone (malgré de fortes disparités). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 (mini) et 76 (maxi) mg/jour. L'OFDT a également établi que la primoprescription de méthadone par les unités médicales intervenant en prison était elle aussi en hausse (28 % vs 72 % de poursuites de traitements, parmi les détenus substitués à la méthadone) (Obradovic *et al.* 2008a).

Depuis la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré la responsabilité de la santé en prison du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé, avec la création des UCSA, rattachées à

¹⁶⁹ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (NOR SPSX9300136L).

l'hôpital de proximité, qui interviennent dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, la prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les UCSA, présentes dans tous les établissements pénitentiaires, chargés de la santé somatique des détenus ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne ; enfin, les « antennes toxicomanie » (CSST) interviennent, depuis 1987, dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée). À ce dispositif général s'en ajoute un autre, créé à titre expérimental : les UPS (unités de préparation à la sortie), dans 7 établissements.

Parallèlement, le dispositif légal de réduction des risques en milieu carcéral prévoit différentes possibilités d'accès aux soins pour les détenus toxicomanes (circulaire du 5 décembre 1996¹⁷⁰) :

- dépistage du VIH et des hépatites théoriquement proposé à l'entrée (CDAG – volontariat) mais pas systématique pour le VHC (source : POPHEC, Premier observatoire en prison de l'hépatite C) ;
- mesures prophylactiques (mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des détenus de traitements post-exposition) ;
- mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) ;
- accès aux TSO et mise à disposition d'eau de Javel pour désinfecter tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings).

Il n'existe pas en France de programme d'échange de seringues dans les prisons (l'initiative ayant été jugée « prématurée » par la Mission santé-justice en 2000, avant de faire l'objet de nouvelles recommandations dans le cadre de l'expertise collective INSERM menée en 2010 (INSERM 2010)) ou de programme spécifique d'information, en milieu carcéral, sur les modes de contamination liés aux pratiques d'injection.

9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues

9.3. Infractions à la législation sur les stupéfiants

Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants

Le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants a fortement augmenté au cours des 30 dernières années. Environ 90 % de tous les cas signalés en France sont liés à l'usage ou la possession de drogues. Les rapports de police enregistrant les infractions liées à la drogue n'ont cessé d'augmenter depuis les années 1980, bien que l'on ne sache pas précisément si cela est dû à une hausse de l'activité de la police, une augmentation de l'usage et du trafic de drogues ou aux meilleures performances des systèmes de regroupement des données (ou encore à

¹⁷⁰ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels (NOR TASP9630649C).

d'autres facteurs) (OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) A paraître).

Causes des interpellations

L'usage simple de stupéfiants reste la principale cause d'interpellation, représentant un total de 143 640 interpellations en 2011, soit 89 % des interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants en 2011. Ce pourcentage est en augmentation depuis 1998. En 2011, 18 111 interpellations ont été enregistrées pour usage-revente et pour trafic, soit 11 % des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Contrairement aux interpellations pour usage simple, les interpellations pour usage-revente et trafic ont baissé par rapport à l'année précédente (- 20 % pour l'usage-revente ; - 17 % pour le trafic international ; - 16 % pour le trafic local).

Substances impliquées dans les infractions à la législation sur les stupéfiants

En 2011, le cannabis reste la principale substance concernée par les interpellations pour des infractions liées à la drogue, quelles que soient les raisons de l'interpellation, avec environ 90 % des interpellations pour usage de drogue et 70 % des interpellations pour usage-revente et trafic de drogue.

Loin derrière le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont les principales substances impliquées dans les interpellations liées à la drogue (respectivement 5,4 % et 3,5 % des interpellations pour usage).

Il faut aussi signaler l'importance relative en France du nombre d'interpellations liées au détournement de médicaments (en particulier le Subutex® mais également des médicaments non spécifiés, utilisés sans ordonnance) et à l'usage de champignons hallucinogènes.

Données du ministère de la Justice : condamnations

Les statistiques relatives aux condamnations sont publiées avec un retard de deux ans. Les informations ci-dessous concernent donc l'année 2010 et ne sont pas officiellement considérées comme définitives (Ministère de la Justice 2010). Par ailleurs, elles ne distinguent pas les produits, conformément aux termes du Code pénal qui établit une interdiction de l'usage, de la détention et du trafic pour tous les stupéfiants, sans différenciation entre les produits.

Le nombre de condamnations pour ILS a plus que doublé entre 1990 et 2010 (passant de 20 428 à 50 100). Parmi les personnes condamnées pour ILS, 36 % avaient déjà été interpellées pour la même infraction (contre 33 % en 2005) et 9 % étaient en état de récidive légale (taux calculé sur les infractions principales uniquement et incluant les récidives de tentative). Ce sont les condamnations pour usage de stupéfiants qui ont le plus progressé : leur nombre a presque quadruplé depuis 1990 mais la hausse est particulièrement marquée depuis 2004 (date à laquelle elles étaient trois fois moins nombreuses qu'aujourd'hui). Les condamnations pour usage de stupéfiants (28 146 en 2010) représentent 56 % des condamnations en matière d'ILS, alors qu'elles n'avaient jamais dépassé 30 % jusqu'en 2005. L'ensemble des autres condamnations pour ILS, visant la détention, l'offre, le commerce et le trafic délictuel, a augmenté dès le début des années 2000 pour se stabiliser depuis 2004 (Timbart 2011).

Les condamnations pour infractions à la sécurité routière ont elles aussi fortement augmenté au cours des deux dernières décennies (+ 60 % environ). Cette progression a été continue, même si elle s'est accélérée entre 2000 et 2010. Elle reflète notamment le renforcement de la lutte contre l'alcool au volant et l'introduction d'un délit de conduite sous l'influence de stupéfiants (depuis la loi du 3 février 2003¹⁷¹).

En 2010, 29 390 condamnations ont été prononcées pour usage en infraction unique (soit une augmentation de 17 % par rapport à l'année précédente). Avec plus de 50 % des condamnations, l'usage est de loin le premier poste parmi les condamnations de délits liés à la drogue.

Données du ministère de la Justice : incarcérations

Sur 82 725 entrants en prison en 2010, 14 % environ ont été incarcérés pour une ILS. La part des infractions d'usage dans ces incarcérations pour ILS est d'environ 5 % (contre 2,5 % en 2006).

Parmi les personnes condamnées sous écrou au 1^{er} janvier 2011, 14 % ont été condamnées pour trafic de stupéfiants.

9.4. Autres délits liés à la drogue

Conduite de véhicule après avoir consommé des stupéfiants (« Conduite sous l'emprise de stupéfiants ») : dépistage et condamnations en 2005-2006 (Ministère de l'Intérieur 2006).

La législation en vigueur

Depuis la loi du 18 juin 1999¹⁷² (précisée par son décret d'application du 27 août 2001¹⁷³) tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route entraînant un décès immédiat sont soumis à un dépistage de stupéfiants. En cas d'analyse positive révélant la présence de stupéfiants dans le sang, ils sont passibles d'une peine maximum de 2 ans d'emprisonnement et d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 €, aux termes de la loi du 3 février 2003. Ces peines peuvent atteindre 3 ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende en cas de consommation d'alcool associée à l'usage de substances illicites. La LOPPSI 2 (Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure) du 14 mars 2011¹⁷⁴ a ajouté à ces sanctions une peine complémentaire de confiscation du véhicule, qui est obligatoire dans certains cas (notamment pour les auteurs d'un délit commis en état de récidive après une précédente condamnation pour conduite sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants). Elle a également créé une peine complémentaire d'interdiction, pendant une durée de cinq ans au plus, de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif homologué d'anti-démarrage par

¹⁷¹ Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (NOR JUSX0205970L).

¹⁷² Loi n°99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs (NOR EQUX9800010L).

¹⁷³ Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (Décrets en Conseil d'Etat) et modifiant le Code de la route (NOR EQUS0100214D).

¹⁷⁴ Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR IOCX0903274L).

éthylotest électronique en cas de conduite sous l'influence de l'alcool ou après usage de stupéfiants.

Depuis plusieurs années, une procédure spécifique de contrôle anti-drogue effectuée sur les routes a été mise en place : des appareils permettant de réaliser des tests salivaires pour le dépistage sur site des conducteurs suspectés d'avoir consommé des drogues sont autorisés depuis 2005, mais ils ne sont réellement utilisés que depuis 2008¹⁷⁵. Jusqu'alors, la procédure de dépistage était réalisée avec des tests urinaires en bord de route, en présence d'un médecin. Cette procédure était considérée comme trop compliquée et trop coûteuse pour les résultats attendus. La première phase de déploiement opérationnel des kits de dépistage salivaire par les forces de l'ordre est donc récente (octobre 2008) : un premier bilan effectué à la mi-mars 2009 fait état de 52 000 kits salivaire déployés sur la quasi-totalité des départements et de 7 588 tests effectués. Parmi ceux-ci, 37,4 % se sont révélés positifs pour les zones géographiques couvertes par la police et 29,6 % pour les zones couvertes par la gendarmerie. Cependant, des difficultés matérielles de deux types sont apparues :

- Difficultés liées à la précision des tests de dépistage, notamment en matière de détection du cannabis et des benzodiazépines (le dépistage et les concentrations du seuil de détectabilité pour le THC, les drogues stimulantes de type amphétamines, la cocaïne et les opiacés dans la salive sont respectivement 15 ng/ml, 50 ng/ml, 10 ng/ml et 10 ng/ml de salive¹⁷⁶) ;
- Difficultés liées au nombre important de tests « faux positifs » (environ 11 %) : ce problème des « faux positifs » est censé être résolu par le recours à une analyse sanguine « de confirmation », dans un cadre médical, toutes les fois que le dépistage salivaire (réalisé en bordure de route) s'avère positif. Ce dispositif en deux temps (dépistage salivaire puis prélèvement sanguin) est cependant jugé lourd à mettre en œuvre (délais d'attente à l'hôpital, faible nombre des laboratoires disposant de l'agrément spécifique requis).

En février 2010, le Comité interministériel de la sécurité routière a annoncé l'accroissement du nombre de tests salivaire pratiqués en bord de route. Les nouvelles mesures décidées pour 2010 ont permis de faire passer le nombre de contrôles de stupéfiants à près de 100 000 par an (contre 10 000 en 2003). Les résultats de cette politique n'ont pas encore été précisément évalués. Selon le bilan de la sécurité routière établi pour l'année 2010 par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, la rubrique « drogues » du fichier accidents reste encore inexploitable en 2010 car elle n'est renseignée que dans un cas sur dix (les tests sont rarement pratiqués et le retour des résultats des tests sont trop tardifs pour être enregistrés). Le rapport note qu'en 2010, 829 accidents corporels ont été recensés, dont 192 accidents mortels (soit 3 % d'entre eux) où au moins un conducteur a subi un test positif (que l'accident lui soit imputable ou non). Ces accidents faisant apparaître un usage de cannabis auraient provoqué 209 décès (soit 5 % de la mortalité routière) mais tous ne seraient pas imputables au cannabis

¹⁷⁵ Le décret du 30 juillet 2008 modifie plusieurs articles du Code de la route afin de permettre aux forces de l'ordre de dépister, lors des contrôles routiers, la consommation de produits stupéfiants par les conducteurs d'un véhicule à l'aide de tests salivaire. Décret n°2008-754 du 30 juillet 2008 portant diverses dispositions de sécurité routière (NOR DEVS0810101D).

¹⁷⁶ Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (Décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route (NOR SJSP0817087A).

(directement ou indirectement). Les résultats de la seule étude épidémiologique réalisée à ce jour pour évaluer la part de la mortalité routière imputable au cannabis, l'enquête SAM (« Stupéfiants et accidents mortels de la sécurité routière ») menée en 2002-2003 par l'OFDT et l'IFSTTAR¹⁷⁷, montrent cependant l'effet très important de l'usage de cannabis lorsqu'il est associé à un usage d'alcool. Conduire sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel ; ce risque est multiplié par près de 15 en cas de consommation conjointe d'alcool et de cannabis (Laumon *et al.* 2005).

Contrôles de stupéfiants en 2010

En 2010, 63 500 dépistages de stupéfiants (préventifs et obligatoires) ont été effectués par les services de police et de gendarmerie, soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année précédente. Parmi ceux-ci, 4 204 contrôles de stupéfiants ont été réalisés à la suite d'un accident mortel de la circulation (- 1,5 % par rapport à l'année précédente). Depuis 2005, date à laquelle le nombre de dépistages consécutifs à un accident mortel a atteint son niveau le plus élevé (5 248), le nombre de dépistages consécutifs à un accident mortel a baissé de façon quasi-constante. Parmi ceux-ci, 13 % se sont révélés positifs, c'est-à-dire deux fois plus qu'en 2004, ce qui traduit l'importance des stupéfiants dans les accidents mortels. Toutefois, ce taux de positivité semble fléchir pour la première fois depuis 2004.

Condamnations prononcées en 2010

Selon les chiffres les plus récents, le nombre de condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants a augmenté rapidement au cours des dernières années : il a été multiplié par 4, passant de 2 976 en 2005 à 14 919 en 2010, en y incluant les compositions pénales, selon les statistiques du Casier judiciaire national. En 2010, le nombre de condamnations prononcées a enregistré une hausse de 33 % par rapport à l'année précédente.

Parmi les 12 428 condamnations pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants (hors compositions pénales), 77 % ont sanctionné cette seule infraction, tandis que 23 % étaient associées à une ou plusieurs autres infractions. Plus d'un tiers des condamnations se sont traduites par une peine de prison (34 %, dont moins d'une sur cinq comprenait une part de prison ferme) ; la moitié a été sanctionnée par une amende (49 %) et 17 % environ par une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

Les peines ont tendance à être moins sévères lorsqu'il s'agit de conduite sous l'influence de stupéfiants seuls ou de refus de coopérer. En revanche, elles sont plus sévères en cas de dommages corporels (8 peines sur 10 entraînent une peine de prison) et particulièrement en cas d'homicide, où la majorité des condamnations comprennent une part incompressible de prison (Obradovic 2010).

¹⁷⁷ Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux, créé par la fusion de l'INRETS (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) et du LCPC.

9.5. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Aux termes de la loi du 31 décembre 1970¹⁷⁸, le système pénal français prévoit plusieurs options de soins pénalement ordonnés pour les usagers de drogues. Ces injonctions de soins peuvent être ordonnées par le Procureur de la République (classement sans suite sous condition de contact avec le système de soins, injonction thérapeutique) ou par le juge, certaines d'entre elles comprenant un caractère obligatoire (libération conditionnelle assortie d'une injonction thérapeutique, sevrage obligatoire, rappel à la loi pouvant être associé à une obligation de soins). Depuis la loi du 5 mars 2007¹⁷⁹, le cadre d'application de l'injonction thérapeutique a en effet été élargi (cf. chapitre 1), si bien que cette mesure pénale peut désormais être ordonnée à tous les stades de la chaîne pénale¹⁸⁰, dans le cadre d'une alternative aux poursuites, d'une composition pénale ou comme modalité d'exécution d'une peine (notamment dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve), à l'égard de tout usager de stupéfiants âgé de 13 ans ou plus. L'obligation de soins peut, elle, être utilisée comme alternative aux poursuites judiciaires (suspension des poursuites, obligation de dépistage et de soins [« injonction thérapeutique »]) ou à l'emprisonnement (comme alternative ou complément aux sanctions et aux procédures pénales existantes : obligations de soins ordonnées par le juge pour les délinquants toxicomanes dans le cadre d'une suspension de condamnation, intervention préalable au jugement, travaux d'intérêt général, déjudiciarisation, sursis).

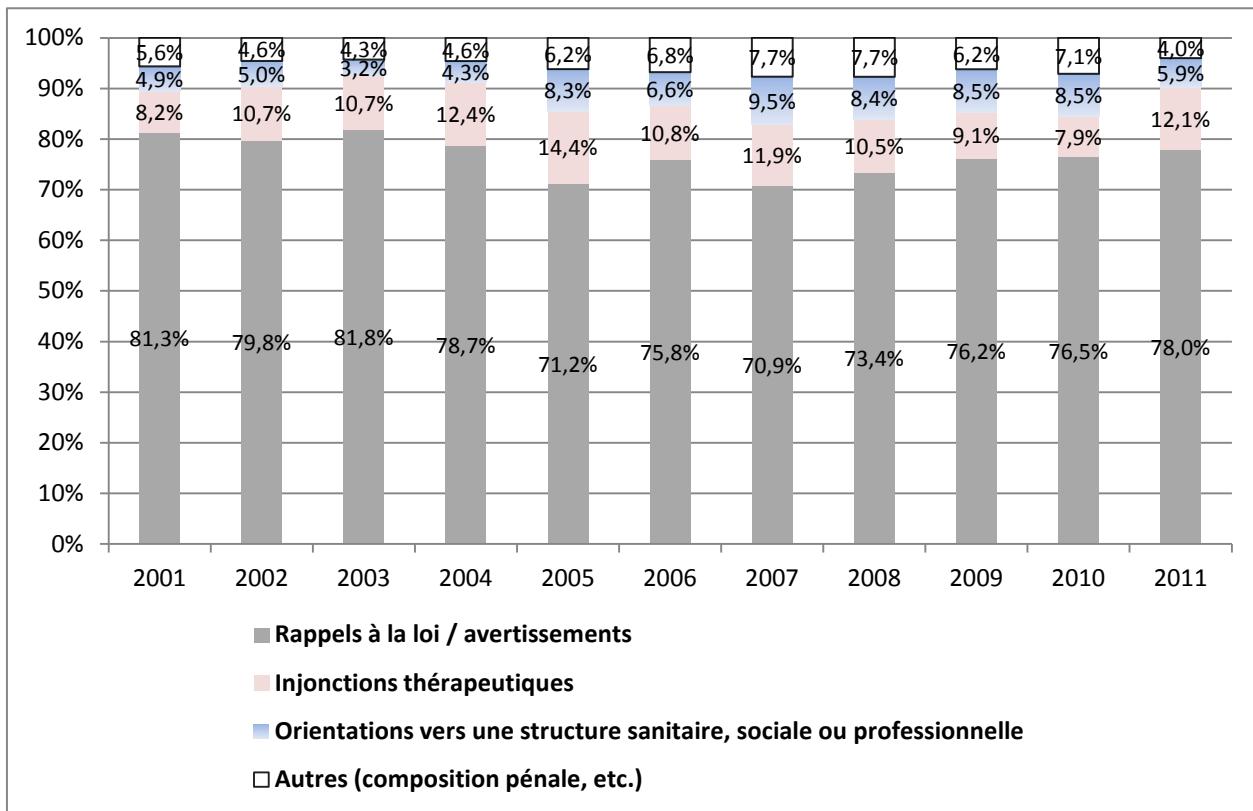
L'observation des affaires pénales enregistrées en région parisienne (qui représentent 25 % du contentieux national en matière d'ILS) montre une augmentation du volume d'affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets au cours de la décennie 2000 : ce chiffre a presque doublé, passant de 10 261 en 2001 à 22 663 en 2011. Dans le même temps, la part des classements sans suite dans l'ensemble des décisions a chuté et la part des alternatives aux poursuites, à l'inverse, s'est renforcée. Rares jusqu'à la fin des années 1990, les alternatives aux poursuites représentent aujourd'hui 70 % des orientations prononcées en cas d'usage, tandis que la palette des sanctions alternatives appliquées s'est diversifiée (Obradovic 2010).

¹⁷⁸ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

¹⁷⁹ Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR INTX0600091L).

¹⁸⁰ Articles L3413-1 à L. 3413-4 et L3423-1 et suivants du Code de la santé publique (CSP).

Graphique 9-1 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2011



Source : données collectées auprès du Centre d'informations Cassiopée, ministère de la Justice (Paris et sa région, uniquement)

Les exemples les plus récents d'orientations sanitaires se trouvent dans les cliniques proposant des consultations sur le cannabis pour les jeunes usagers (« consultations jeunes consommateurs ») qui sont en place depuis 2004. Il a été démontré que 50 % des patients en ambulatoire reçus dans ces cliniques (dépistage, consultation et intervention brève) étaient envoyés par la justice, en particulier parmi les hommes et les jeunes adultes (Obradovic 2009).

En plus de ces différentes options de traitement, l'éventail des alternatives aux poursuites proposé aux délinquants toxicomanes a été étendu depuis la loi du 5 mars 2007 et le décret du 16 avril 2008¹⁸¹ (cf. chapitre 1). Les adultes et les mineurs arrêtés en situation d'usage ou de détention de cannabis peuvent se voir ordonner d'effectuer un stage payant et obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. L'objectif de ces stages de formation obligatoires est pédagogique : il s'agit d'informer les usagers sur les dangers de leur usage de drogues, les politiques et lois en vigueur en matière de drogues ainsi que sur les conséquences sanitaires et sociales de l'usage.

Selon une première évaluation du dispositif réalisée par l'OFDT à la demande du ministère de la Justice, 1 800 à 1 900 stages collectifs de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits

¹⁸¹ Décret n°2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais (NOR SJSP0769782D).

stupéfiants ont été mis en place depuis la loi de 2007, en métropole et dans les DOM, par 101 associations conventionnées réparties entre 35 cours d'appel. Il existe au moins une structure prestataire de stages dans chaque ressort de cour d'appel (CA). À raison de dix stagiaires en moyenne, les stages ont concerné 18 000 à 19 000 personnes depuis 2008 (à 96 % usagers de cannabis), soit environ 4 500 stagiaires par an, en moyenne, chiffre en croissance constante.

Les structures organisatrices de stages se répartissent entre établissements médico-sociaux (31 %) de CSAPA associatifs¹⁸², 30 % de comités départementaux de l'ANPAA¹⁸³) et associations socio-judiciaires (31 %). Moins de 10 % présentent un autre profil : CIRDD¹⁸⁴, CODES¹⁸⁵, associations d'insertion, d'hébergement ou à vocation humanitaire. Le coût moyen de ces stages est de 190 €, ce qui est très inférieur au montant maximum fixé par les textes (450 €). Toutefois, les tarifs de stage sont variables selon les ressorts : un tiers des structures organisatrices facturent les stages entre 240 et 300 €

Neuf stages sur dix sont décidés dans le cadre d'une alternative aux poursuites (50 % sous forme d'alternatives aux poursuites « classiques » et 39 % sous forme de compositions pénales). La population des stagiaires, majoritairement masculine (93 %), est âgée de 25 ans en moyenne. Elle se caractérise par une prépondérance des jeunes adultes (64 %), loin devant les mineurs, qui ne constituent que 3 % de l'effectif des stages. Neuf stagiaires sur dix ont été interpellés pour usage ou détention de cannabis. Plus spécifiquement, près de 7 stagiaires sur 10 ont été interpellés pour usage de cannabis sans infraction associée (68 %). Pour les deux tiers d'entre eux, il s'agit d'une première interpellation. En outre, 11 % des personnes reçues en stage ont été interpellées pour une infraction routière (conduite sous l'influence de stupéfiants ou en état d'ivresse, excès de vitesse, etc.).

La majorité des stagiaires consomment du cannabis de façon occasionnelle, c'est-à-dire moins de 10 fois par mois (41 %), 30 % en consomment régulièrement (mais pas tous les jours) et 29 % sont fumeurs quotidiens de cannabis. Plus de 6 stagiaires sur 10 fument habituellement dans un cadre festif ou récréatif (62 %) et 8 sur 10 à leur domicile personnel ou chez des amis.

9.6. Interventions dans le système pénal

Les personnes reconnues coupables d'infraction à la législation sur les stupéfiants par le tribunal correctionnel peuvent bénéficier d'une alternative leur évitant une peine de prison. Ces alternatives à l'emprisonnement peuvent prendre différentes formes : travail d'intérêt général, peine sous forme de « jours-amendes » (expression qui correspond littéralement aux jours de prison réglés en amendes), ou d'autres types de peines. Bien que les données nationales sur ce sujet soient fragmentaires, elles montrent une augmentation du nombre et des proportions de ces mesures appliquées aux usages simples de drogues.

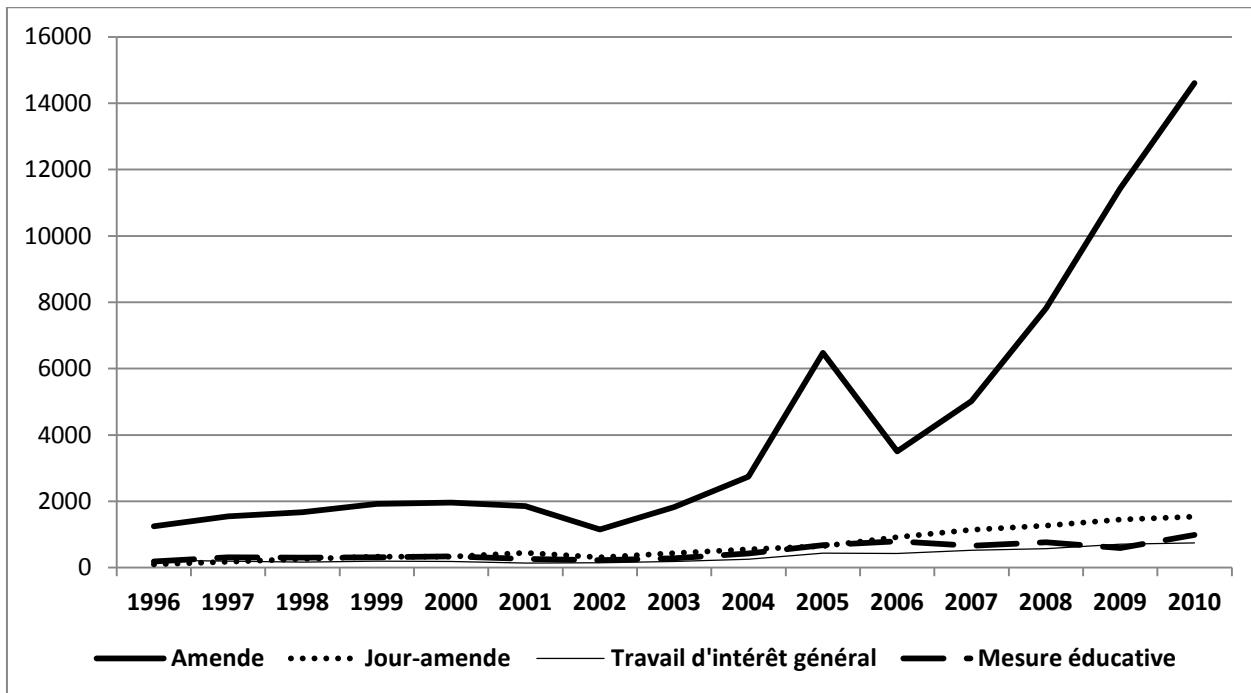
¹⁸² Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

¹⁸³ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

¹⁸⁴ Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances.

¹⁸⁵ Comité départemental d'éducation pour la santé.

Graphique 9-2 : Répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées à l'égard des usagers de stupéfiants, 1996-2010



Données 2010 provisoires

Source : ministère de la Justice

9.7. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison

Avec 61 771 détenus au 1^{er} février 2011, pour 56 454 places opérationnelles, la France présente une densité carcérale de 109 détenus pour 100 places. La surpopulation est une des caractéristiques distinctives des prisons françaises, de même que les conditions de détention, régulièrement dénoncées par les instances internationales¹⁸⁶, qui contribuent à expliquer les difficultés d'accès aux soins. L'état de surpopulation varie considérablement entre la métropole et l'outre-mer, et surtout, entre types d'établissements : 96 % des détenus en surnombre se trouvent en maison d'arrêt, l'affectation des condamnés en établissement pour peine étant gérée par l'administration selon le principe du *numerus clausus*. Le phénomène de surpopulation concerne donc avant tout les maisons d'arrêt et les quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires, c'est-à-dire les établissements les plus nombreux, censés héberger une majorité de prévenus (en attente d'un jugement), et les condamnés à de courtes peines (dont le reliquat de peine n'excède pas un an).

Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions sont plus élevés en milieu carcéral qu'en milieu libre. La première étude épidémiologique d'envergure menée en 2003-2004 sur la santé mentale en prison indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles

¹⁸⁶ Le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux détenus.

(Rouillon *et al.* 2007). L'étude montre en outre que près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. L'association de troubles mentaux et addictifs est fréquente dans la population carcérale, essentiellement sous la forme de troubles anxieux et de dépendance aux substances illicites ou à l'alcool. Chacune de ces associations concerne environ 1 détenu sur 5.

L'enquête sur la santé des entrants menée par la DREES en 2003 confirme la surreprésentation des addictions en milieu carcéral (Mouquet 2005). Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédent l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des ILS¹⁸⁷ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal en population générale.

Les détenus sont également davantage touchés par les maladies infectieuses que la population générale. Les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont en effet un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %), comme le montre l'enquête Coquelicot, à partir de données biologiques (INVS, CNAMTS, CTAFCES, 2005). Selon les sources, la prévalence du VIH en prison varie entre 1,1 % et 1,6 % et celle du VHC de 3,1 % à 7,1 %. L'enquête la plus représentative disponible à ce jour est celle de la DREES, réalisée dans la totalité des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires en 2003 : elle indique que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est de 1,1 %, 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC de 3,1 %, 4 à 5 fois supérieure à celle de l'extérieur (Mouquet 2005). En outre, 0,2 % des entrants se déclarent coïnfectés par le VIH et le VHC et 0,1% déclarent 3 séropositivités (VIH, VHC, VHB).

Selon les premiers résultats de l'enquête PREVACAR (Michel *et al.* 2011b) (DGS/InVS), 2 % des détenus seraient infectés par le VIH, soit moins de 1 220 personnes détenues, les 3/4 à un stade d'immunodépression (CD4 inférieurs à 350). La prévalence du VIH est comparable chez les hommes et chez les femmes (2,5 % vs 2,0 %). Les détenus VIH+ se caractérisent par un diagnostic ancien (9 ans en moyenne), une découverte du VIH en cours d'incarcération dans 1 cas sur 4 et un tiers d'entre eux sont au stade sida. Par ailleurs, 72 % des détenus VIH+ sont sous traitement. De plus, 4,8 % des détenus seraient infectés par le VHC (soit moins de 3 000 personnes détenues), plus souvent chez les femmes : 11,8 % vs 4,5 % des détenus masculins, l'usage de drogues étant le mode de contamination le plus fréquent (70 %). Des chiffres plus anciens ont montré que les risques de transmission virale sont d'autant plus élevés dans le contexte carcéral que les injecteurs ont davantage tendance à partager leur matériel (Ben Diane *et al.* 2001). Ainsi, parmi les 43 % d'usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant l'incarcération qui continuent à s'injecter en prison, 21 % déclarent partager leur matériel (Rotily 1999). Si la prison est un lieu de haute prévalence du VIH et des hépatites virales, principalement du fait de la forte proportion des usagers de drogues par voie intraveineuse, c'est aussi un lieu générateur de pratiques à risque : 13 % à 23 % des injecteurs de drogues

¹⁸⁷ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

incarcérés ont démarré l'injection en prison (Rotily 1999). Par ailleurs, toutes les personnes atteintes du VIH ou du VHC ne connaissent pas leur statut sérologique à l'entrée en prison : 40 % seulement ont déjà eu un test de dépistage du VIH, 27 % du VHC et 31 % du VHB (Mouquet 2005).

L'usage de stupéfiants, qu'il soit initié ou poursuivi en prison, a une influence majeure sur l'état de santé des individus concernés, à savoir des abcès importants et des risques d'accidents lorsque les médicaments sont associés à d'autres substances, des syndromes de sevrage graves et plus longs, en plus de l'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques (cf. Selected Issue de l'année dernière). En termes de santé et de conséquences sociales de la toxicomanie, les détenus constituent également une population plus susceptible de combiner des facteurs de risque. Le faible niveau d'accès au traitement et plus généralement les situations de précarité et d'exclusion auxquelles le détenu est confronté avant l'incarcération (y compris l'absence d'un domicile stable ou d'une couverture sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence de la consommation à « haut risque » chez les nouveaux détenus.

9.7.1. Marché des drogues illicites en prison

Si les drogues illicites circulent bien dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. En France, les quelques données officielles dont on dispose en la matière remonte à 1996 et au rapport remis au garde des Sceaux, *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison*, par Jean-Paul Jean (Jean et al. 1996), à l'époque inspecteur des services pénitentiaires. Ce document permettait de mesurer l'étendue du phénomène du trafic de drogues en prison puisqu'il révélait que celui-ci affectait 75 % des établissements pénitentiaires français. Dans 80 % des cas, la substance illicite saisie était le cannabis, dans 6 % il s'agissait de médicaments et le reste concernait l'héroïne et d'autres drogues (Senon et al. 2004).

Quinze ans plus tard, un certain nombre d'éléments permettent de penser que la situation n'a que peu évolué et que le cannabis demeure la première substance à faire l'objet d'un trafic. Plus que jamais même, pourrait-on dire, puisque depuis l'introduction en prison des traitements de substitution aux opiacés en 1996, il est raisonnable de penser que la demande d'héroïne a dû nettement flétrir. De plus, à l'instar de qui se passe en milieu ouvert, la distribution de BHD donne lieu, dans certains établissements, à des trafics de comprimés, très recherchés pour leurs vertus sédatives.

Si le cannabis est le produit illicite qui circule le plus au sein des prisons françaises, on assiste à l'augmentation des trafics de chlorhydrate de cocaïne. Ce phénomène est logique et ne fait finalement que refléter ce qui se passe dans le reste de la société avec l'augmentation conséquente de la consommation que l'on peut constater en France depuis quinze ans, consommation portée par une offre, elle-même de plus en plus importante. Quoi qu'il en soit, il existe bel et bien aujourd'hui une demande pour la cocaïne en prison. L'enquête de la DREES, menée sur les consommations de substances psychotropes des *entrants* en prison, montrent qu'entre 1995 et 2003, la proportion des usagers consommateurs de cocaïne sous forme chlorhydrate ou basée (crack) avait fortement augmenté (Mouquet 2005). De plus l'on sait grâce aux enquêtes épidémiologiques menées auprès des structures de bas seuil, les CAARUD, que l'usage s'est fortement développé dans les milieux des toxicomanes les plus marginalisés, dont une proportion significative, rappelons-le, passe par les prisons, puisque la cocaïne a détrôné l'héroïne en tant que produit le plus consommé dans le mois précédent l'enquête (Toufik et al. 2008).

En matière d'offre, le fait que la route de la cocaïne qui mène au grand marché européen tende à passer de plus en plus par l'Afrique de l'ouest et le Maghreb, et donc à épouser de plus en plus les routes de la résine de cannabis (Gandilhon *et al.* 2010), favorise de plus en plus l'intégration de cette substance à la palette des produits vendus par les dealers de cité très présents dans les prisons. La forte présence de détenus impliqués dans des affaires de trafics de stupéfiants – et notamment de résine de cannabis importée du Maroc – et qui continuent par les relations qu'ils maintiennent à l'extérieur des établissements pénitentiaires à introduire du cannabis, et dans une moindre mesure de la cocaïne, dans les prisons contribue en effet au développement de l'usage de ces deux substances. Ces réseaux sont en général animés par des caïds d'origine maghrébine qui reconstituent dans l'univers carcéral les organisations qui étaient à l'œuvre notamment dans les cités périphériques des grandes agglomérations. S'il est difficile de mesurer le phénomène, compte tenu de l'absence de données en la matière, il n'en demeure pas moins qu'il semble extrêmement présent, notamment dans les établissements pénitentiaires situés à proximité des grandes agglomérations urbaines, où la population incarcérée pour infraction à la législation sur les stupéfiants peut atteindre 40 % à 50 % des effectifs de la prison.

Le témoignage d'un directeur de prison, interrogé par le sociologue Farhad Khosrokhavar au cours de son enquête sur « *L'islam dans les prisons* » (Khosrokhavar 2004) est à cet égard très instructif :

« *Il existe un phénomène très prégnant dans cette prison : c'est la toxicomanie. Cela a des conséquences au niveau psychologique, et il faut des postures spécifiques de la part du personnel. Ici, beaucoup de détenus sont des jeunes [de banlieue], la délinquance est compacte. Les réseaux de la ville se reconstituent à l'intérieur, alors que ce n'est pas toléré. On réprime, on informe le parquet, etc. Ce n'est pas quelque chose que l'on admet [...] Le 10 août, deux détenus se sont fait la belle, ce qui a entraîné un resserrage de vis dans la circulation au sein de la prison. Cela a du coup empêché le traficotage et l'ambiance s'est détériorée. La drogue circule, on le sait, on tente d'y remédier. Quand il y a des tensions avec des détenus on sent les choses. Il faut trouver un équilibre entre la répression et le laissez-faire. Mais je n'ai pas les moyens de faire mieux pour lutter contre ces comportements. Et trop de répression transforme la prison en cocotte-minute. »*

À la lumière de ce témoignage, qui semble représentatif de la situation en matière de trafics illicites qui prévaut dans les centres pénitentiaires situés à proximité des grandes zones urbanisées, l'on s'aperçoit qu'il en va des prisons comme du reste de la société. Le trafic existe, les trafiquants et les lieux sont connus et la politique publique navigue à vue entre répression et tolérance afin de ne pas favoriser les explosions sociales intempestives, le trafic et la consommation de drogues semblant permettre une régulation sociale et garantir une situation de paix civile.

Quoi qu'il en soit, s'il n'existe pas dans les prisons françaises, à l'instar de qui se passe dans pays comme le Brésil où le Mexique, des organisations criminelles qui ont pris le contrôle effectif de certaines prisons, en s'appuyant sur leur faculté d'intimidation et de corruption de l'administration pénitentiaire, il n'en reste pas moins que des réseaux hiérarchisés existent, où tout en haut règne une caste d'individus, non consommateurs de drogues en général, sur une masse d'usagers dépendants qui se sont retrouvés en prison pour des affaires d'usage-revente de drogues ou de délits connexes.

Le développement des nouvelles technologies de l'information, sous la forme notamment de téléphones cellulaires dont le trafic en prison donne lieu à un business intense, permet de piloter

de la cellule de prison le réseau opérant à l'extérieur et d'alimenter la prison en flux tendus en fonction des besoins des détenus.

9.8. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons

Des données récurrentes mettent en exergue les difficultés d'offrir aux détenus des soins personnalisés dans un contexte de surpopulation carcérale.

Tous les détenus passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral, effectuée par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses. Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, désormais inscrite dans la loi¹⁸⁸, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996¹⁸⁹. La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : un détenu substitué doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, plus particulièrement à base de BHD. Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire pour la méthadone¹⁹⁰.

En dehors de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH : conformément aux recommandations du rapport Gentilini (Gentilini *et al.* 1996), la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, a été généralisée en prison, afin de nettoyer tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis la circulaire Santé-Justice du 5 décembre 1996¹⁹¹ et, depuis la note du 9 août 2001¹⁹², l'administration invite les personnels sanitaires à informer les détenus des modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. Le dispositif légal mis en place par la circulaire du 5 décembre 1996 pour lutter contre la propagation du VIH prévoit également la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) : les détenus peuvent les conserver sur eux ou en cellule. Un accès à une prophylaxie antirétrovirale lors d'accidents d'exposition au sang est également prévu pour les personnels sanitaires, pénitentiaires ainsi que les détenus. Ainsi, pour

¹⁸⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique (NOR SANX0300055L). Cette loi propose une définition officielle de la politique de réduction des risques (« la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », art. L. 3121-4) et impute la responsabilité de définir cette politique à l'État (art. L. 3121-3).

¹⁸⁹ Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994 (Bergeron 1999; Coppel 2002) la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1996 pour le milieu carcéral : circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR TASP9630145C) ; circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels (NOR TASP9630649C).

¹⁹⁰ Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).

¹⁹¹ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels (NOR TASP9630649C).

¹⁹² Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seule possibilité actuelle de se protéger du risque de contracter le sida, en dehors d'avoir recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition et aux préservatifs et lubrifiants en cas de relations sexuelles, consiste à désinfecter les seringues à l'eau de Javel. Ces mesures de nettoyage du matériel d'injection à l'eau de Javel ont prouvé qu'elles étaient acceptables pour l'éradication du VIH. Il est en revanche établi qu'elles ne sont pas suffisamment efficaces pour combattre le virus de l'hépatite C (Crofts 1994). En milieu libre, les messages sur la désinfection à l'eau de Javel ont d'ailleurs été largement abandonnés, au profit de messages sur l'absence de réutilisation du matériel d'injection (« A chaque injection, du matériel neuf »).

Contrairement au milieu libre, l'accompagnement des usagers de drogues est limité en milieu pénitentiaire (counselling, éducation par les pairs, soins de santé primaires) et l'accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, cupules stériles, seringues), pourtant autorisé en milieu libre depuis 1989, est absent de tous les établissements pénitentiaires. Il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison.

En dépit des recommandations répétées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993, les usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient donc pas, en France, d'un accès au matériel stérile d'injection. Le principe d'équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre inscrit dans la loi du 18 janvier 1994 n'est donc pas strictement appliqué en France. Différents plans d'action visent cependant l'objectif d'améliorer l'accès aux soins. Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus prévoit ainsi d'agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et de rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Il vise notamment la mise en place de mesures de RDR adaptées et applicables en détention pour pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibroscan® en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). Les orientations de ce Plan vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du dernier Plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012 (DGS (Direction générale de la santé) 2009) qui définit un cadre d'intervention général pour le milieu carcéral, se limitant à réaffirmer l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice du 9 août 2001. Le Plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011 (Ministère de la Santé et des Solidarités 2006) n'a, quant à lui, pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral.

9.8.1. Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés)

Entre 8 % et 9 % des détenus bénéficient d'un traitement de substitution, ce qui représente environ 5 000 personnes sous TSO en milieu carcéral (Michel *et al.* 2011a). À leur arrivée en prison, 7 % des détenus déclarent avoir un traitement de substitution en cours, dont 8 fois sur 10 par BHD, comme en population générale (Mouquet 2005). À l'inverse, un tiers des TSO sont initiés pendant l'incarcération (31 %), comme le confirment les résultats de l'enquête PREVACAR menée en 2010. Parmi les détenus substitués, la prévalence du VIH a été estimée dans cette étude à 3,6 %, bien en-deçà de la prévalence du VHC (26,3 %). L'enquête montre qu'environ 70 % des contaminations VHC seraient liées à l'usage de drogues. En outre, la moyenne d'âge des patients sous TSO est estimée à 34,9 ans. Cette population se caractérise

par une situation précaire vis-à-vis de l'emploi au moment de la détention : 46 % au chômage, situation inconnue pour 31,7%. Seulement 16,5 % des personnes sous TSO au moment de l'enquête avaient un emploi avant d'être incarcérées.

La prédominance de la BHD au sein des TSO, par rapport à la méthadone, apparaît moins marquée en détention qu'en population générale : 68,5 % BHD vs 80 % en milieu libre. Ce chiffre diminue pendant l'incarcération car les traitements ne sont pas systématiquement poursuivis, malgré les préconisations de la loi du 18 janvier 1994. Les interruptions de traitement, indice de l'importance prêtée à la continuité des soins en prison, concernent ainsi environ un détenu sur dix, même si ce chiffre a baissé entre 1998 et 2004 (cf. Selected Issue 2011).

Si, dans neuf cas sur dix, le traitement de substitution est poursuivi à l'entrée en prison, l'enjeu d'une prise en charge cohérente des dépendances aux opiacés consiste à rendre accessibles en prison l'ensemble des traitements disponibles en milieu libre. Au cours des dernières années, le nombre total de détenus sous traitement de substitution a augmenté et le nombre de services médicaux refusant de prescrire des TSO baissé¹⁹³. Néanmoins, l'accessibilité à ces traitements demeure disparate. Il reste encore en France un « noyau dur » d'établissements qui déclarent ne pas initier de TSO¹⁹⁴ (INSERM 2010; Morfini *et al.* 2001/2004; Obradovic *et al.* 2008b), tandis que d'autres recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution) (Michel *et al.* 2003). Dans l'inventaire PRI2DE réalisé en 2010 (Michel *et al.* 2011b), 19 % des établissements déclaraient pilier ou diluer la BHD, essentiellement dans l'objectif de limiter son détournement. Par ailleurs, les posologies de méthadone étaient plafonnées dans 17 % des établissements alors qu'aucune limitation posologique n'est prévue dans l'AMM. Malgré les circulaires ministérielles et les recommandations de pratique clinique répétées, l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, alors même qu'il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de reincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution (Levasseur *et al.* 2002; Rotily 2000b).

L'enquête PREVACAR permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de soins, notamment en matière de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 145 établissements pénitentiaires (sur 168 enquêtés), cette enquête bénéficie d'un taux de participation de 86 %, représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Concernant l'offre en matière de TSO, elle montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par BHD, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la

¹⁹³ Entre 1998 et 2004, le nombre de détenus sous traitement de substitution a augmenté plus rapidement encore que la population incarcérée. La population incarcérée sous substitution est ainsi passée de 2 % en 1998 à 6,6 % en 2004. Parallèlement, la part des services médicaux (UCSA, SMPR ou CSST) ne pratiquant pas la substitution a diminué.

¹⁹⁴ En 2004, 9 établissements pénitentiaires, représentant 20 % de la population carcérale, prescrivaient à eux seuls un tiers des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assurant plus de 10 %. Les éditions successives de l'enquête ont montré qu'il persistait des établissements pénitentiaires où aucun traitement de substitution n'était prescrit, même si leur nombre était en baisse, et que certains établissements ne pratiquaient les TSO que sous forme de méthadone. Des études qualitatives complémentaires ont corroboré ces éléments en montrant l'application, dans certains sites, de quotas pour les traitements de substitution, de critères pour être substitué (durée estimée de la peine par exemple) ou de modalités d'administration ne correspondant pas aux bonnes règles de prescription : Subutex® pilé ou dilué avant d'être administré, par exemple (Delfraissy 2002).

moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA ont eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Ces données concordent avec les données recueillies dans l'enquête Coquelicot qui mettaient en évidence que 12 % des usagers de drogues avaient eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie (Jauffret-Rousteid et al. 2006; Jauffret-Rousteid et al. 2009).

Si l'on ne connaît pas la part des détenus initiés aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initialisations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement¹⁹⁵. Par ailleurs, depuis le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, les pouvoirs publics visent l'objectif d'améliorer l'accès aux TSO par méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Cet objectif, affirmé dans une circulaire du ministère de la santé du 30 janvier 2002¹⁹⁶, a été évalué par l'OFDT (Obradovic, Canarelli, 2008). L'enquête menée auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, vs 22 % en 2004 (Obradovic et al. 2008a) ; DGS/DHOS, Ministère de la Santé, 2004), si bien qu'ils représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable (2/3 de détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et 1/3 par méthadone) (Michel et al. 2011a). L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70 % des établissements interrogés déclaraient au moins une primoprescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire PRI2DE déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution (Michel et al. 2011a). L'évaluation de l'OFDT a également montré que, si les règles d'organisation de la prescription étaient hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi différaient peu d'un établissement à l'autre¹⁹⁷. Il apparaît en outre qu'environ 8 % des établissements privilégièrent

¹⁹⁵ Si la buprénorphine haut dosage est le principal traitement prescrit en ville (Canarelli et al. 2009), elle est, en milieu carcéral, « relativement facile à détourner de son indication » (Pradier, 1999), outre le fait qu'elle peut être « injectée » ou « sniffée ». Le mode de dispensation de la méthadone (sous forme de solution buvable à ingérer quotidiennement au centre médical sous les yeux du personnel soignant) ne se prêtant pas à ce genre de manipulation, le ministère de la Santé a autorisé en 2002 la primoprescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les SMPR.

¹⁹⁶ Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).

¹⁹⁷ Dans près de deux tiers des cas, la prescription de méthadone est partagée ou déléguée à un autre service que l'UCSA, service pourtant désigné comme compétent dans les textes (l'UCSA n'exerçant sa mission que dans un tiers des cas). Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone sont, à l'inverse, très homogènes : majoritairement, la délivrance est quotidienne ; elle a lieu dans un local de soins (délivrance en cellule dans moins de 10 % des établissements) et en général sous contrôle médical ou infirmier (sauf cas rares de remise du traitement au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 mg/jour et 76 mg/jour (minimum/maximum), ce qui traduit une bonne application des indications thérapeutiques incitant à la prudence : 60 % des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). À l'inverse, un quart

une stratégie de sevrage et près de 10 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone (Obradovic *et al.* 2008b), le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés (Michel 2006). La structure de l'offre de TSO accessibles en milieu carcéral a donc évolué au cours des dix dernières années : bien que la BHD (Subutex®) reste prédominante parmi les traitements poursuivis en prison, la part de la méthadone est en hausse, tout particulièrement depuis la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant aux médecins la possibilité de prescrire la méthadone en première intention : en 2004, 30 % des initialisations effectuées étaient à base de méthadone (contre 12 % à la veille de la circulaire).

9.8.2. Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue

Les stratégies de réduction des risques sont destinées à réduire les dommages, très souvent en modifiant les comportements d'usage et les effets de l'usage des drogues (acquisition, usage et sevrage). Plusieurs documents stratégiques (Plan gouvernemental 2008-2011, Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus) abordent les problèmes publics rencontrés dans les trois niveaux des dommages liés aux drogues :

- Les dommages dus à l'acquisition des drogues (*acquisitive crime*) peuvent être associés aux risques d'être exposé à des situations à hauts risques, comme la délinquance (soit en étant exposé, soit en commettant des délits comme la vente de drogue, le vol, etc.).
- Les dommages associés à la drogue utilisée, à la quantité consommée et à au mode d'administration, générant des effets pharmacologiques et des conséquences sur la santé de l'individu (par exemple, l'injection de drogues peut entraîner des problèmes veineux, des abcès, des dégradations cutanées, le VIH et d'autres maladies infectieuses lors du partage des seringues et matériels d'injection et, bien sûr, le risque d'overdose).
- Les dommages dus au syndrome de manque suite au sevrage des drogues, associés aux effets de la diminution ou de l'arrêt des drogues qui peuvent perturber le travail et le fonctionnement social de l'individu.

En termes de prévention, les détenus ont un accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques (INSERM 2010). De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH (WHO (World Health Organisation) *et al.* 2004), et très faible pour celle du VHC (Hagan *et al.* 2003). En effet, la prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1 % pour le VIH, voisine de 3 % pour le VHB et de 7 % pour le VHC (INSERM 2010). Par ailleurs, les pratiques d'injection sont avérées en détention (INSERM 2010) et le partage du matériel concerne 1 à 3 détenus usagers de drogues sur 5 (Rotily 2000b) ; (Jauffret-Rousteide *et al.* 2006; Jauffret-Rousteide *et al.* 2009), ces populations

des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients. (Maremmanni *et al.* 2000) ; (Leavitt *et al.* 2000)

étant par ailleurs souvent porteuses du VIH et du VHC. Toutefois, les usagers de drogues en détention ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES) (CNS (Conseil national du sida) 2009; CNS (Conseil national du sida) 2011).

9.8.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses

- Les maladies infectieuses sont plus répandues chez les détenus qu'en population générale. La prévalence du VIH dans la population carcérale est 3 à 4 fois plus élevée qu'en population générale et celle de l'hépatite C 4 à 5 fois plus élevée.
- Les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. À leur arrivée en prison, tous les détenus passent par une consultation médicale réalisée par l'UCSA, avec dépistage de la tuberculose, un test volontaire et gratuit du VIH et, plus récemment, le dépistage de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 institutions pénitentiaires (ce sont en général des prisons plus grandes), alors que les UCSA s'occupent des soins somatiques. Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a fixé un objectif consistant à « favoriser la prise en charge et la continuité des soins des usagers de drogues et d'alcool incarcérés en vue de réduire les risques associés et de prévenir la récidive », considérant que les moyens du dispositif actuel sont insuffisants pour assurer la prise en charge de ces problèmes. Il propose ainsi de confier par modification réglementaire le pilotage de la prise en charge des addictions aux unités hospitalières en milieu carcéral, les UCSA, et de définir des objectifs à atteindre en terme de soins aux personnes dépendantes et accroître les moyens financiers de ces services. Il en appelle également à la mise en place d'un « véritable Plan addictions prisons », comportant notamment la mise en place de consultations d'hépatologie avec mise à disposition de Fibroscan®, la formation des professionnels de santé aux addictions et aux hépatites, une information des usagers sur l'hépatite C.

En termes d'information et de prévention, l'enquête PREVACAR menée en 2010 montre que les trois quarts des UCSA réalisent des actions d'information et de prévention sur la santé auprès des détenus mais seulement un tiers en ont réalisé une au cours des 6 derniers mois. L'enquête a aussi montré que la pratique du dépistage des maladies infectieuses a progressé au cours de la dernière décennie : le dépistage des 3 virus (VIH, VHC, VHB) est quasi-systématique en prison : 93 % des UCSA garantissent ce dépistage mais seulement 1 UCSA sur 2 renouvelle la proposition de dépistage. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des UCSA (52 %) propose une consultation spécialisée VIH, surtout dans les plus gros établissements pénitentiaires. Une proportion un peu plus importante des UCSA met à disposition des détenus une consultation spécialisée hépatologie (57 %). En termes de prise en charge du VHC en prison, une recherche ARN VHC + contrôle VHC + Elisa est pratiquée dans 50 % des UCSA.

9.8.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des détenus sous traitement de substitution (Harding-Pink 1990), (Seaman *et al.* 1998), (Marzo *et al.* 2009). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, le

risque de décès par overdose chez l'ancien détenu serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme *et al.* 2001), (Verger *et al.* 2003). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. Par exemple, un *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* a été mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour aider les professionnels. Il récapitule très précisément les conditions de prise en charge sanitaire des détenus aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie ». Théoriquement donc, lors de la libération, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou Subutex®, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation. Cela nécessite que l'UCSA ou le SMPR soit informé à l'avance de la libération par le greffe de l'établissement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être pris en charge à sa sortie, le patient doit connaître un prescripteur identifié et prévenu à l'extérieur, auquel il pourra être adressé pour son suivi médical et/ou psychiatrique : il peut s'agir d'une structure spécialisée (CSAPA), d'une structure hospitalière ou d'un médecin généraliste (appartenant de préférence à un réseau avec lequel un contact aura été préalablement établi). Pour favoriser ce relais, des rencontres doivent donc être organisées et des contacts pris pendant la détention – ce qui s'avère souvent complexe, en pratique – car l'admission dans un CSAPA ou dans un centre de postcure se fait sur prescription médicale. La personne détenue qui souhaite bénéficier d'un tel suivi à sa sortie doit par ailleurs en faire la demande auprès des médecins de l'UCSA ou du SMPR. Le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) et les personnels de l'UCSA ou du SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des possibilités de prise en charge à la sortie.

Compte tenu de ces pré-requis complexes à garantir en milieu fermé, en pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. L'évaluation de la primoprescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007 les professionnels des UCSA jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation postpénale vers un CSAPA extérieur, les orientations vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière (Obradovic *et al.* 2008b). Plus récemment, l'enquête PREVACAR menée en 2010 a montré que seules 52 % des UCSA ont mis en place une procédure formalisée de continuité des soins à la sortie de prison.

Conformément aux orientations du Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, un guide de bonnes pratiques professionnelles (concernant en particulier les traitements de substitution aux opiacés) a été élaboré sous l'égide de la MILDT.

9.9. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison

Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a également prévu de créer des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures existantes, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison, pointant « un besoin majeur de lieux d'hébergement à la sortie de prison ». Ce programme fait l'objet d'un bilan d'activité, en cours, à l'OFDT.

10. Marché des drogues

10.1. Introduction

La compréhension de l'état du marché des drogues illicites passe par l'évaluation de la *disponibilité* et de l'*accessibilité* d'une substance donnée, par l'évolution des quantités saisies, ainsi que l'analyse de l'évolution de son prix de détail.

Le suivi de l'offre implique également la surveillance de la composition (taux de pureté, produit de coupe) des produits en circulation.

Disponibilité, accessibilité

La *disponibilité* se définit comme la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Elle est dite « *perçue* » dans la mesure où la disponibilité fait l'objet d'une évaluation par les observateurs « *sentinelles* » dédiés à cette fonction.

L'*accessibilité* désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être en effet disponible mais peu accessible. Il existe plusieurs degrés d'*accessibilité* qui peuvent être mesurés à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance, les lieux (public/privé), la plage horaire (nuit/jour), ou le type de réseau.

La principale source d'information est constituée par le dispositif d'observation pérenne Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), qui recueille depuis 1999 des informations principalement qualitatives (accessibilité, disponibilité, prix), auprès des usagers et des différents acteurs de la prévention, du soin ou de l'application de la loi. Il est aujourd'hui présent dans sept villes de France métropolitaine (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) et se concentre sur deux espaces d'observation : l'espace urbain et l'espace festif. Le premier comprend les lieux fréquentés par les usagers actifs de drogues (squats, rue, structures de bas seuil, zones de transit...) ; le second désigne les événements ou établissements festifs relevant surtout de la culture techno : alternatif (teknival, free-party, etc.) ou commercial (clubs).

Le dispositif d'analyse des produits, le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES), partie intégrante de TREND, apporte, dans ce cadre, des informations sur la circulation et la composition de produits rares ou émergents.

Les enquêtes en population générale sur l'*accessibilité*, l'*approvisionnement* et la *disponibilité* perçue des différentes substances illicites peuvent également apporter des données sur les produits les plus répandus.

Saisies et structuration des trafics

La France est un pays de transit pour des substances destinées notamment aux Pays-Bas, à la Belgique, au Royaume-Uni, à l'Italie et au-delà. Il est donc difficile de distinguer les quantités de drogues destinées au marché intérieur de celles qui ne font que transiter. Le trafic en France doit donc être abordé en fonction des produits, puisque les pays d'*acquisition* et de *destination* varient selon la substance considérée.

En France, trois grands types de réseaux d'offre de substances illicites peuvent être distingués :

- les réseaux liés au grand banditisme que l'on retrouve le plus souvent au stade de la vente en gros et en semi gros ;
- les réseaux de détaillants structurés selon une division du travail rigoureuse responsable/revendeur/rabatteur/guetteur ;
- les micro-réseaux d'usagers-revendeurs.

La principale source d'information est constituée par les données des services répressifs (police, douanes, gendarmerie), produites et publiées annuellement sous la responsabilité de l'OCRTIS, sous forme de rapport. Celui-ci comprend notamment les quantités de drogues illicites saisies sur le territoire français, le nombre d'interpellations (usage, usage-revente, trafic) liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants, les prix ainsi que des éléments de connaissance sur la structuration des réseaux de trafics.

En outre, le dispositif TREND fournit des informations qualitatives sur les modes d'accès aux produits et sur le micro-trafic.

Prix

Deux dispositifs permettent de recueillir les prix de vente des produits illicites à l'unité :

- Une enquête périodique de l'OCRTIS, à partir des données collectées dans 69 sites répartis sur le territoire de la France métropolitaine, qui relève les prix médians de semi gros et de détail de certaines substances illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, ecstasy) ;
- Le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les structures de bas seuil et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif. Pour chaque substance (illicite ou médicaments détournés) considérée, le prix au détail est demandé ainsi qu'une estimation du prix le plus bas, du plus cher et du prix courant. En 2011, la collecte des prix s'est enrichie, à la demande de la MILD'T, d'un baromètre fondé sur un recueil semestriel réalisé par les 7 sites du dispositif TREND. Les substances illicites concernées sont le cannabis (herbe, résine), l'héroïne, la MDMA (comprimé, poudre, cristal) et la cocaïne (dont les prix sont recueillis dans l'espace urbain comme festif).

Composition et pureté des produits

La composition d'un produit correspond à l'ensemble des substances présentes dans un échantillon de ce produit.

La pureté, ou teneur, représente le pourcentage de la substance psychoactive recherchée dans le produit.

L'échantillon comporte également des produits de coupe ou adjuvants. Ces termes désignent toute substance ajoutée au produit principal. Elles peuvent être pharmacologiquement actives ou non.

La limite de détection est la quantité minimale d'une substance permettant son identification dans un échantillon.

La limite de quantification est la quantité minimale d'une substance permettant son dosage dans un échantillon.

Deux sources d'information complémentaires sont utilisées par l'OFDT pour documenter la composition des produits en circulation :

- les analyses de produits issus des saisies des services répressifs. Ces données sont transmises par les laboratoires des services répressifs et regroupées dans le rapport de l'OCRTIS ;
- les analyses issues des collectes auprès d'usagers de drogues dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT.

Les analyses des saisies

Les analyses des saisies par les laboratoires des services répressifs constituent la source principale d'information sur la composition des produits illicites en France. Le rapport annuel de l'OCRTIS synthétise toutes les données sur la composition des substances illicites saisies et analysées par l'ensemble des services répressifs (douanes, police et gendarmerie) au cours de l'année sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit de l'ensemble des résultats d'analyse des saisies sans tenir compte du volume de chaque saisie, à l'exception de la cocaïne, dont les saisies aéroportuaires sont distinguées des saisies de rue.

La substance psychoactive principale est dosée ; les autres substances, à part quelques cas, sont uniquement identifiées.

L'échange d'information entre l'Early Warning System (EWS), le système d'alerte européen de l'OEDT, et le dispositif SINTES, dont il est le correspondant national, permet également l'identification de nouvelles molécules.

Enfin, le dispositif SINTES est aussi en relation avec les laboratoires des services répressifs (douanes, gendarmerie et police) par une convention qui officialise les échanges d'informations sur les produits circulant. Sur demande ponctuelle de l'OFDT, ces services fournissent des informations quant à la nature et la composition de produits issus de saisies récentes ou faisant l'objet d'une attention particulière de la part de l'OFDT et/ou de l'OEDT.

Le dispositif SINTES

Le dispositif SINTES repose sur le principe de la collecte d'échantillons de produits illicites (ou non) réalisée directement auprès des usagers de drogues. Les produits collectés sont envoyés à un laboratoire d'analyse toxicologique qui en déterminera la composition. Parallèlement, un questionnaire est soumis à l'usager sur le contexte de consommation du produit et sur son prix d'achat. Cela permet de lier directement le prix et la pureté d'un produit donné. Il comporte deux volets :

- Le volet *observation* propose un éclairage annuel sur la composition d'un produit illicite particulier. (2006, cocaïne ; 2007-2008, héroïne ; 2009, produits de synthèses ; 2011, héroïne). Le dispositif SINTES-observation s'appuie en grande partie sur le

réseau national TREND, lui-même pilotant 7 coordinations régionales. Chaque collecteur local est choisi et formé selon ses réseaux et ses compétences par le coordinateur régional sous la responsabilité de l'OFDT qui lui fournira une carte de collecte. Chaque année, environ 350 à 450 échantillons du produit faisant l'objet de l'étude sont collectés auprès d'autant d'usagers différents. C'est donc le volet principal du dispositif SINTES pour renseigner la composition d'un produit au plan national sur une année.

- Le volet *veille* s'inscrit plus particulièrement dans le système d'alerte sanitaire. Tout professionnel travaillant auprès des usagers peut demander à l'OFDT une autorisation de collecter un produit illicite, à condition que celui-ci ait occasionné des effets indésirables inhabituels chez un usager ou bien s'il présente un caractère de nouveauté. Le nombre annuel de collectes se situe en général entre 60 et 100. Les apports de ce volet sont donc l'identification de molécules circulant depuis peu et le renseignement ponctuel de la composition de certaines molécules à un moment précis et dans un endroit donné.
- Depuis 2010, le système SINTES s'est enrichi d'une veille internet sur les nouvelles substances psychoactives destinée à identifier l'émergence de nouveau produits et les nouvelles modalités de leur circulation.

Tous les produits pharmacologiquement actifs sont identifiés, à condition qu'ils soient présents dans la base de données du laboratoire. En revanche, seule la substance psychoactive principale est dosée, sauf demande contraire.

10.2. Disponibilité et offre

10.2.1. Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité

Cannabis

Le cannabis est le premier produit stupéfiant consommé en France. La valeur du marché (résine et herbe), selon des données remontant à 2007, est estimé à 832 M€ (Costes 2007).

Du fait de la solide implantation sur le territoire français des réseaux professionnalisés qui l'importent soit directement du Maroc, soit indirectement d'Espagne, la résine de cannabis demeure très disponible, quels que soient les aléas qui peuvent survenir sur certains marchés locaux. On constate cependant, en France comme dans le reste du continent européen, un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible. Plus de 40 % de la consommation de cannabis serait désormais constituée d'herbe et 12 % de cette herbe serait directement produite en France, soit 32 t selon une étude remontant à 2005 (Ben Lakhdar 2009). Cette culture d'herbe serait le fait majoritairement de petits cultivateurs, dont le nombre est estimé à 80 000¹⁹⁸ personnes. Dans l'écrasante majorité

¹⁹⁸ En 2010, 2 % des personnes âgées de 18 à 64 ans (80 000 personnes) ayant consommé du cannabis dans l'année déclarent s'en procurer en ayant recours uniquement à l'autoculture. Les données de 2005 ne sont pas directement comparables : 5 % des personnes (200 000 individus) avaient alors déclaré se procurer occasionnellement du cannabis en ayant recours à l'autoculture. Baromètre santé 2005, 2010 (INPES), exploitation OFDT.

des cas, leur objectif est de satisfaire leur consommation personnelle. Cependant, plusieurs affaires montrent que cette physionomie éclatée de l'offre d'herbe de cannabis est en train de se modifier. Il semble que certains milieux criminels s'intéressent de près à la production intensive de cannabis.

Une nouvelle forme de résine de cannabis dénommée « olive » est apparue progressivement sur 4 des 7 sites TREND, non regroupés géographiquement. Il s'agit de boulettes ovoïdes d'environ 10 grammes. Elles sont réputées être assez pures, réputation confirmée par les quelques analyses réalisées sur des saisies (moyenne de 14 % de THC sur dix saisies vs 11 % pour l'ensemble des résines saisies).

Héroïne

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate, dite blanche, et la forme base, dite brune. La première, extrêmement minoritaire sur les marchés parallèles, ne circule que dans des milieux bien spécifiques représentés, par exemple, par certains secteurs de l'immigration asiatique, chinoise en particulier, et des usagers insérés de la région parisienne, par définition peu visibles. En revanche, la forme base est hégémonique sur le marché.

Après une période de reflux consécutive à l'introduction des traitements de substitution à partir de la seconde moitié des années 1990, les observateurs investis dans le champ des drogues, de même que les services de répression du trafic et de l'usage, notent depuis l'année 2006 une plus grande disponibilité de l'héroïne brune. Cela dans un contexte où le prix s'est stabilisé à un niveau relativement bas, 40 €, par rapport au début des années 2000 où il atteignait 60 € voire 70 €. Cette hausse de la disponibilité intervient autant dans les milieux des usagers les plus marginalisés fréquentant les structures de bas seuil, que dans les centres de soins spécialisés ou dans certains milieux festifs des courants alternatifs et *underground* proches de l'univers de la musique électronique (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b), lesquels la consomment majoritairement en sniff voire en inhalation (« chasse au dragon »), ce qui contribue à dédramatiser l'usage d'héroïne.

En 2011, cette tendance est confirmée par la majorité des sites appartenant au dispositif TREND tandis que pour l'OCRTIS, « *la disponibilité de l'héroïne s'accroît dans l'ensemble de l'Hexagone* » (DCPJ (Direction centrale de la police judiciaire) *et al.* 2012). Dans les régions françaises, la présence de l'héroïne est déterminée par la proximité des marchés de rebonds (stockage et distribution) de l'héroïne afghane que sont les Pays-Bas, la Belgique et la Suisse. C'est donc dans la France du Nord-est et dans la région Rhône-Alpes que l'héroïne est la plus disponible. En outre, le dispositif SINTES, qui a réalisé en 2011 une enquête auprès des usagers sur la composition de l'héroïne, confirme la forte disponibilité du produit sur les sites du dispositif TREND, puisque 71 % des consommateurs rencontrés estimaient n'éprouver aucune difficulté à s'en procurer.

Cocaïne

En 2011, selon une étude publiée par l'OFDT, le chiffre d'affaires du marché de la cocaïne en France se situerait autour de 900 M€, lesquels correspondent à une consommation intérieure d'une quinzaine de tonnes (Ben Lakhdar 2012).

La disponibilité de la cocaïne ne cesse de se développer en France depuis la fin des années 1990. Ce processus est régulier et ne semble connaître ni recul, ni pause. Le chlorhydrate de

cocaïne bénéficie en effet d'une demande extrêmement dynamique dans des secteurs très hétérogènes de la population française, qui vont des milieux sociaux privilégiés aux usagers de drogues les plus désaffiliés fréquentant les structures de bas seuil (Cadet-Taïrou *et al.* 2010a).

En 2011, la disponibilité mesurée par le dispositif TREND, que ce soit dans l'espace urbain ou festif, demeure toujours aussi forte. Selon l'OCRTIS, la disponibilité de la cocaïne est forte dans les grandes zones urbaines représentées par les métropoles lilloise, parisienne, lyonnaise et marseillaise.

Par contre, la disponibilité du crack (vendu déjà basé et en très petite quantité à une clientèle en majorité très précaire) reste une particularité du Nord-est parisien (intra-muros et communes limitrophes), des îles antillaises et de la Guyane. Les micromarchés qui peuvent apparaître sporadiquement dans des villes de province ont des durées de vie très limitées.

Crack et Free base : quelle différence en France ?

Tous deux correspondent à la forme « basée » du chlorhydrate de cocaïne par dissolution dans de l'eau et adjonction d'un réactif alcalin. Selon l'origine de ces termes américains, l'utilisation de bicarbonate produit du « crack », celle d'ammoniaque du « free base », sachant que la substance active est la même. Cependant, du fait de ses modes d'arrivée en France, ce sont surtout les contextes de consommation qui déterminent l'utilisation de tel ou tel terme : alors que le crack est vendu, déjà préparé, sous forme de galette, le free base est souvent préparé par l'usager lui-même après l'achat de chlorhydrate en poudre.

Le crack, dont les seuls marchés significatifs restent le Nord-est parisien et la région Antilles-Guyane, est essentiellement vendu à une clientèle très précarisée, alors que la consommation du free base concerne plus largement (mais à un niveau moindre) la population qui consomme de la cocaïne. L'usager de free base se considère donc souvent dans les enquêtes comme un usager de cocaïne et non de crack. Cependant ce tableau est maintenant battu en brèche à plusieurs niveaux : d'une part, en région parisienne notamment, l'usage de cocaïne basée après achat et celui de crack peuvent se chevaucher, certains usagers de free base s'approvisionnant sur le marché du crack ; d'autre part, il n'existe pas de définition « officielle » du crack et du free base et les usagers usent des termes à leurs convenance. Ainsi, certains usagers parisiens parlent de crack lorsqu'ils utilisent une pipe à crack et de free base lorsqu'il 'agit d'un dispositif plus artisanal (feuille d'aluminium sur un verre par exemple) (Pousset 2012).

Ecstasy et amphétamines

Pour comprendre correctement l'état du marché et de l'offre d'ecstasy, il faut opérer une distinction entre les différentes formes sous lesquelles le produit circule : comprimé, gélule, poudre ou encore cristal. Si le comprimé est la forme la plus répandue en France, il est indubitable que son marché est beaucoup moins dynamique qu'à l'époque du développement du mouvement techno au milieu des années 1990. Après une année 2009 marquée par une chute de l'offre de comprimés contenant de la MDMA, il semble que ces mêmes comprimés d'ecstasy, sous cette forme galénique, soient à nouveau présents dans l'espace festif.

Depuis plusieurs années, la forme poudre dite MDMA est apparue de plus en plus disponible dans les différents espaces festifs. Cette forme bénéficie de l'attrait pour le chlorhydrate de cocaïne, auquel elle est assimilée et au développement du mode d'administration par voie nasale. Compte tenu de son prix relativement élevé, elle ne touche qu'une clientèle particulière

de l'espace festif (discothèques, boîtes de nuit), ce qui contribue à la plus grande discréetion des réseaux de trafic dont on sait peu de choses.

Cependant, le phénomène marquant en 2011 est la forte augmentation de la disponibilité de la forme dite « cristal ». Le « cristal » (à ne pas confondre avec la méthamphétamine) se présente sous la forme de cailloux ou de cristaux translucides (rouges, blancs, gris ou jaunes) qu'il est nécessaire de réduire en poudre afin de recourir au sniff ou à l'ingestion. C'est en 2006 que les premières observations relatives à une nouvelle forme de la MDMA sont apparues au sein du dispositif TREND. Ce produit semble de plus en plus plébiscité par les usagers du fait de ses effets décrits comme encore plus puissants que ceux de la poudre dans un contexte où son prix est passé en l'espace de trois ans de 80 € à 55 € (Cadet-Taïrou *et al.* 2012).

L'offre d'amphétamine (speed) est toujours dynamique et s'adresse à un segment bien identifié d'usagers pour lesquels il fait office en quelque sorte de cocaïne de remplacement, du fait de la présentation sous une forme pulvérulente et du mode d'administration, mais à un moindre prix. Le produit est disponible notamment dans les milieux alternatifs de l'espace festif techno, mais semblerait se développer également dans l'univers des boîtes de nuit et des discothèques, en bénéficiant de la désaffection de beaucoup de consommateurs pour le comprimé d'ecstasy.

En France, jusqu'ici, la qualification de « méthamphétamine » pour certains produits circulant en milieu festif résistait rarement à l'analyse toxicologique. La situation a changé en 2010 puisque, après des années de rumeurs relatives à l'arrivée de méthamphétamine sur le territoire français, deux « affaires » ont permis d'en certifier la circulation. La première a été mise en évidence par les services de police à la faveur du démantèlement dans la région parisienne d'un lieu de consommation clandestin tenu par des ressortissants de la communauté chinoise. La seconde est liée à la collecte sur le site TREND de Toulouse de deux échantillons (un comprimé et un liquide) dont l'analyse toxicologique a confirmé la présence de méthamphétamine (Sudérie 2010). Cependant, l'investigation menée suite à cette collecte a montré que l'on ne pouvait parler de véritable diffusion de ce produit ni à Toulouse, ni dans le reste du territoire national. Sa présence reste limitée à des cercles très restreints d'initiés s'approvisionnant le plus souvent à l'étranger à l'occasion de leurs déplacements touristiques (en l'occurrence, s'agissant de l'affaire toulousaine, en Thaïlande pour le Yaba et en Israël pour le liquide). L'usage demeure exceptionnel et déterminé par des arrivages sporadiques. Les maigres saisies réalisées sur le sol français transitent le plus souvent vers d'autres pays.

Autres drogues de synthèse : les nouvelles substances psychoactives (NSP)

Les NSP représentent un vaste groupe de produits qui sont communément désignés comme étant « les nouvelles drogues ». Ce sont des produits psychoactifs dont les effets se rapprochent de ceux de produits connus (amphétamine, cocaïne, kétamine, etc.) mais dont la structure moléculaire est différente. Cette différence leur permet de ne pas être concernés par la législation sur les stupéfiants. C'est cette caractéristique qui fait que le nombre de « nouvelles drogues » est en augmentation régulière. Chaque classement d'une NSP comme stupéfiant engendre l'invention et la mise sur le marché d'une molécule proche mais différente. Le seul point commun entre tous ces produits est d'être en vente sur Internet.

Au sens large, l'appellation englobe en plus des produits synthétiques créés pour contourner la législation sur les stupéfiants, des plantes enthéogènes¹⁹⁹. À côté de ces deux grandes catégories, on trouve aussi sous l'appellation NSP des médicaments, des acides aminés non essentiels (L-Tyrosine) ou des précurseurs végétaux (DMT). Par rapport aux médicaments, la plupart sont des psycholeptiques, tel que des analogues de médicaments connus comme l'éthylphénidate²⁰⁰ ou l'étizolam²⁰¹. On peut aussi trouver des médicaments comme le dextrométophan. Couramment appelé DXM, cette molécule est présente dans plusieurs préparations contre la toux. Internet permet de faire connaître ses différents modes de consommation et les différents effets atteignables par son usage.

Les termes utilisés pour parler de ces molécules sont les expressions d'origine anglo-saxonne « legal highs », « bath salt »²⁰², « party pills » ou « ecstasy légaux », etc. Les produits peuvent être connus sous une appellation marketing (voir Structuration du marché). La plus connue des appellations est peut être le « Spice », un mélange d'herbe servant de véhicule pour la consommation de cannabinoïdes de synthèse. Ces produits sont souvent présentés comme étant des encens, des sels de bains ou des engrains, portant la mention « not for human consumption ».

La circulation et la consommation des NSP constituent en France un phénomène émergent. Entre la fin des années 1990 et 2008, un certain nombre de rumeurs font état de la circulation de telles substances (OFDT 2001; Hautefeuille *et al.* 2002). Ces rumeurs ne seront objectivées qu'à partir de l'année 2008 avec l'existence de sites de vente en ligne sur Internet et l'analyse toxicologique dans le cadre du dispositif SINTES d'un certain nombre de substances proposées.

En dépit d'une offre croissante, la consommation semble demeurer en France assez confidentielle et il est, de ce fait, encore difficile d'évaluer avec exactitude son ampleur. Les caractéristiques de l'offre, notamment l'atomisation supposée de la production et la circulation via Internet, expliquent partiellement cette difficulté. Les indicateurs et protocoles d'observation de ce nouveau champ sont en cours d'élaboration en France comme à l'étranger.

Pour l'heure, les indicateurs utilisés pour évaluer l'offre au niveau européen et français sont le recensement du nombre de sites de vente en ligne et l'identification toxicologique des molécules. Cette identification est réalisée en France via les activités policières, douanières²⁰³ ou via le dispositif SINTES et pour l'Union européenne, via l'Early Warning System (EWS).

Entre 2008 et 2011, 44 molécules ont été identifiées par analyses toxicologiques comme ayant circulé au moins une fois sur le territoire français²⁰⁴. La plupart de ces molécules avaient déjà été identifiées auparavant dans d'autres pays de l'UE. Lors du second semestre de l'année 2011, le Service commun des laboratoires (SCL) a réalisé l'analyse de 170 saisies contenant

¹⁹⁹ Enthéogène se dit habituellement d'une plante dont les propriétés psychoactives sont utilisées dans le cadre de rituels religieux ou spirituels. Actuellement les plantes enthéogènes sont redécouvertes avec un but davantage tourné vers l'expérimentation d'hallucinations ou état de conscience modifiée.

²⁰⁰ Analogue au méthylphénidate substance active de la Ritaline®.

²⁰¹ Appartenant à la famille des benzodiazépines, proche du Valium®.

²⁰² Expression utilisée uniquement pour les cathinones (méphédrone, méthylhone, butylone, pentédrone...).

²⁰³ L'analyse des NSP dans le cadre de la sécurité publique n'apparaît que partiellement dans les chiffres relatifs aux saisies et aux stupéfiants. Les NSP n'ont pas tous un statut juridique les classant comme stupéfiants. De fait, dans les statistiques, ils sont classés dans une autre catégorie.

²⁰⁴ L'OFDT met à jour régulièrement un tableau récapitulatif de l'identification de ces substances. Il est disponible sur Internet : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/notes.html>

des NSP déjà connues. Sur ce nombre, 52 saisies étaient des NSP classées récemment comme stupéfiants et 120 des NSP non classées.

Cependant, ces indicateurs sont peu révélateurs de l'ordre de grandeur de la circulation effective des produits. Ils témoignent de l'existence d'une offre différente, mais ne rendent compte que très difficilement de la réelle diffusion de ces produits. L'identification d'une molécule en France n'équivaut pas à une circulation marquée et tangible sur le territoire.

Hallucinogènes

Le marché des hallucinogènes est segmenté en deux sous-ensembles : les produits synthétiques comme le LSD et des produits naturels comme les champignons ou la *Salvia divinorum* (Sauge divinatoire).

Depuis une dizaine d'années, le marché du LSD en France présente un caractère extrêmement volatile du fait des vicissitudes d'une offre très dépendante de l'activité des services répressifs dans les pays producteurs de cette substance comme la Belgique ou les Pays-Bas. Ainsi, certaines années les observateurs du réseau TREND font état d'une disponibilité quasi nulle, tandis qu'à d'autres moments le LSD semble bien présent sur le marché. Depuis 2006, il semble que l'offre n'ait pas connu d'interruption notable et que le LSD soit disponible principalement dans les milieux festifs proches des *free parties* et des teknivals où la substance semble recherchée par une frange de jeunes usagers avides de sensations fortes.

Il semble que, depuis 2008, on assiste à un développement de la disponibilité de la kétamine. Alors qu'elle était présente de manière occasionnelle dans le milieu festif alternatif où elle était alors consommée essentiellement par une frange bien spécifique de la population festive (*travellers*), elle y apparaît beaucoup plus disponible. En 2010 et 2011, cet espace particulier demeure le milieu privilégié d'usage de la kétamine même s'il existe une offre – très marginale – dans les clubs et les discothèques ainsi que dans l'espace urbain. L'offre de cette substance ne semble pas portée par des réseaux organisés mais relèverait plutôt de l'artisanat ou de l'achat via Internet. Bien que croissante, sa disponibilité reste toujours plus ou moins aléatoire dans les événements festifs dans un contexte où il est très difficile d'obtenir des informations sur la nature de la kétamine circulant et sa provenance.

Le GBL (précurseur du GHB) est facilement accessible par Internet et dans certains magasins de matériel pour automobile, même si en 2011 sa cession commerciale en direction du public est désormais interdite (voir chapitre 1.2.2). Jusqu'en 2007, sa consommation était essentiellement circonscrite au milieu festif gay, avant de se répandre de Paris vers la province et des lieux de consommations privés vers les clubs. Vers 2009, l'usage se développe en clubs et en discothèques, essentiellement dans les villes du sud de la France (Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Aix-en-Provence) et touche alors une population de jeunes *clubbers* en dehors du milieu festif gay. En 2011, les usages de la population festive gay sont de nouveau cantonnés à l'espace privé et il semble que l'usage chez les jeunes soit redevenu assez discret.

L'offre d'hallucinogènes naturels, à l'instar de ce qui est constaté pour l'herbe de cannabis, est dynamisée par une forte demande. Les consommateurs sont avides de produits dits biologiques, à forte composante « mystique » comme les plantes, utilisées dans les sociétés traditionnelles dans le cadre de phénomènes de transe chamanique (*Salvia divinorum* ou *Datura* par exemple) (Reynaud-Maurupt 2006). En outre, l'offre est favorisée par l'utilisation du media Internet qui permet un approvisionnement avec des risques limités en provenance généralement des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

10.2.2. Provenance des drogues : production nationale versus production importée

L'herbe de cannabis est la seule substance illicite produite en France par une autoculture le plus souvent domestique et plutôt artisanale.

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs. Il s'agit d'abord du développement d'une mode privilégiant l'usage de produits dits « biologiques » supposés être de meilleure qualité. Le deuxième facteur est le souci grandissant des usagers de se protéger des risques d'interpellation en évitant la fréquentation des marchés parallèles et des dealers.

Depuis dix ans, le phénomène semble en nette augmentation. La production autochtone d'herbe est estimée à une trentaine de tonnes (Toufik *et al.* 2007).

Les services en charge de la répression du trafic illicite de stupéfiants notent également le développement du commerce transfrontalier d'herbe en provenance de Belgique et des Pays-Bas. Dans ces deux pays, dont la production conjointe est estimée à près de 1 000 t, la culture a pris une ampleur considérable en raison de l'implication du crime organisé dans la production à grande échelle (Weinberger 2011), et il semble que la majeure partie de la production soit destinée à être exportée. Cependant, la France, depuis quelques années, n'est pas épargnée par le phénomène, à l'instar de ce qui a cours dans d'autres pays européens.

Depuis 2007, de multiples affaires, mises au jour par l'OCRTIS, ont permis de démanteler de véritables coopératives de production impliquant des personnes en provenance des Pays-Bas. En 2011, dans la banlieue parisienne, les enquêteurs de l'OCRIEST (Office central pour la répression de l'immigration irrégulière et de l'emploi des étrangers sans titre) et de l'OCRTIS ont saisi 700 plants de cannabis dans une plantation clandestine *indoor* employant des immigrés clandestins d'origine vietnamienne. Cette « usine » à cannabis (*cannabis factory*) était en capacité de produire plus de 100 kg par an de sinsemilla²⁰⁵ pour 400 000 € de chiffre d'affaire annuel (Weinberger 2011).

10.2.3. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, *modi operandi* et organisation du marché domestique des drogues

Cannabis

La résine de cannabis consommée en France provient du Maroc, le plus souvent via l'Espagne. Elle est importée par des réseaux criminels transnationaux bien organisés provenant majoritairement, du fait de la proximité culturelle avec le pays producteur, du milieu des cités dites sensibles de la périphérie des grandes métropoles françaises. L'architecture du trafic de résine de cannabis s'appuie en France sur trois grands types de trafiquants :

- Des grossistes implantés dans le sud de l'Espagne ou au Maroc, capables d'importer de la résine de cannabis par tonnes. Selon certains services répressifs, leur nombre s'élève à une soixantaine et compteraient environ un millier de personnes.

²⁰⁵ La sinsemilla (« sans graine » en espagnol) est une qualité de cannabis née en Californie dans les années 1960, obtenue par une technique particulière. Celle-ci repose sur le croisement génétique de différentes variétés et l'arrachage des plants mâles, ce qui permet aux plants femelles de développer au maximum leur teneur en THC (pouvant dépasser 20 % pour atteindre parfois jusqu'à 35 %).

- Des intermédiaires (semi-grossistes), qui acheminent régulièrement sur le territoire français de la résine de cannabis en provenance d'Espagne ou des Pays-Bas. Ce sont des groupes très structurés qui importent aussi d'autres produits illicites (cocaïne, héroïne) même si la spécialisation mono produit reste plutôt la règle. Leur nombre se situerait dans une fourchette comprise entre 689 et 1 504 (Ben Lakhdar 2007a) ;
- Des trafiquants locaux situés à la tête de réseaux de revendeurs chargés d'écouler les produits sur un territoire donné.

Aujourd'hui le marché de la résine de cannabis semble moins dynamique et rentable. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène. D'une part, la concurrence grandissante provoquée par une offre d'herbe produite en France et dans le reste de l'Europe et, d'autre part, la répression menée par les services de police, des douanes et de la gendarmerie qui obligent les trafiquants à démultiplier les zones de stockage et à fragmenter leurs convois. Cela provoquerait une hausse des coûts et par effet mécanique une chute de la rentabilité du trafic.

Héroïne

La tendance à la hausse de la disponibilité de l'héroïne sur le marché français est favorisée par le nouveau dynamisme de l'offre enregistrée depuis dix ans en Afghanistan, pays d'où provient 90 % de l'héroïne consommée en France, couplé à une demande en augmentation depuis quelques années (Cadet-Taïrou *et al.* 2012).

L'augmentation de la production d'opium et d'héroïne a favorisé le développement d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne via la route des Balkans²⁰⁶ sur le territoire français.

Cette importation se réalise selon deux grands circuits. Un circuit où l'héroïne est directement réceptionnée sur le territoire français (est de la France et région Rhône-Alpes) et un circuit indirect par l'implantation de stocks d'héroïne destinée au marché hexagonal dans des pays frontaliers comme la Belgique, les Pays-Bas ou l'Allemagne. Là, l'héroïne est vendue en gros ou en demi-gros à des réseaux de détaillants. En général, ceux-ci sont impliqués également dans le trafic de résine de cannabis importée d'Espagne ou du Maroc et sont implantés dans les cités périphériques des grandes agglomérations urbaines françaises.

À côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé, il existe des réseaux, qualifiés par la police de *secondaires*, des microstructures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs. Ils s'approvisionnent en héroïne dans les pays frontaliers de la France, comme la Belgique et les Pays-Bas. Ces deux pays sont les lieux traditionnels de stockage de l'héroïne qui arrive via la route des Balkans (OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) 2009). Tous ces facteurs contribuent au caractère de plus en plus diffus de la présence du produit sur le territoire français.

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage prescrite dans le cadre de traitements de substitution à l'héroïne fait l'objet, depuis sa mise sur le marché en 1996, d'un trafic sur le marché parallèle des centres

²⁰⁶ Selon l'ONUDC, 80 % de l'héroïne afghane destinée au marché européen emprunterait la route des Balkans (UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) 2012)

urbains destinés dans la plupart du temps à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés (Toufik *et al.* 2010). Ce trafic est porté par deux types de groupes :

- un groupe relativement organisé qui, obtenant de multiples prescriptions par le biais personnes éventuellement non dépendantes aux opiacés ou en falsifiant des ordonnances, dispose de quantités importantes de comprimés susceptibles d'être vendues au marché noir mais également exportées ;
- un groupe composé essentiellement d'usagers eux-mêmes substitués, qui se livre à de petites reventes dans le cadre d'un marché non structuré.

En 2010, dans l'est de la France, des cas de trafics transfrontaliers en direction de l'Allemagne ont été rapportés, le comprimé de 8 mg pouvant y être vendu de 25 à 50 € contre 5 € en moyenne en France. En 2011, il semble qu'en dépit des mesures de surveillance prises selon les régions par les caisses primaires d'assurance maladie, l'offre demeure persistante même si des pénuries ponctuelles affectant telle ou telle ville peuvent survenir. La disponibilité du médicament est donc forte, de même que son accessibilité puisque, contrairement à ce qui se passe pour des substances illicites comme l'héroïne ou la cocaïne, il existe dans beaucoup de grandes villes françaises de véritables scènes ouvertes de vente du produit de substitution.

Méthadone

Un marché de la méthadone de rue émerge très progressivement depuis quelques années. Essentiellement fondé sur des pratiques de dépannage, il prend cependant de l'ampleur au fur et à mesure que la prescription de ce médicament en France s'accroît. En dépit de l'autorisation de la prescription d'une méthadone présentée en gélule depuis 2008 en France, le flacon de méthadone en sirop reste prédominant sur ce marché (Cadet-Taïrou 2012).

Cocaïne

Il existe aujourd'hui trois grands types de réseaux qui assurent la distribution de la cocaïne sur le territoire français :

- des réseaux liés au grand banditisme français et étrangers spécialisés en général dans la vente en gros du produit ;
- des réseaux dits de « cité » implantés dans les quartiers périphériques des grandes métropoles investis soit dans la vente en gros soit de détail ;
- des réseaux d'usagers-revendeurs plus ou moins professionnalisés.

Si les réseaux liés au grand banditisme sont certainement minoritaires quantitativement, ils sont en revanche décisifs pour la mise à disponibilité du produit. Ceux-ci peuvent se subdiviser en deux sous-groupes :

- les trafiquants « hors sol » installés dans les pays de réception de la cocaïne qui arrive en Europe, notamment le sud de l'Espagne, et qui opèrent directement de l'étranger en vendant de grandes quantités de produit à toutes sortes d'importateurs potentiels soucieux de vendre le produit en France ;
- des grossistes implantés dans un microcosme local ou régional français, qui écoulent le produit obtenu en général auprès des organisations relevant du premier groupe auprès de réseaux plus ou moins organisés de détaillants.

À la différence des grossistes implantés dans l'Hexagone, les premiers sont directement en contact avec des organisations criminelles européennes, en général italiennes ou britanniques, ou extra-européennes comme les cartels colombiens ou mexicains (Olvera *et al.* 2012). Ils sont capables d'importer des centaines de kilos de cocaïne (via notamment le transport maritime) et évoluent à l'échelle transnationale par le biais d'implantations en Amérique latine (Venezuela, Brésil), aux Antilles (Guadeloupe, Martinique, République Dominicaine) et plus récemment en Afrique de l'Ouest.

Au sein des réseaux de trafiquants qui s'approvisionnent à l'étranger, les organisations de cités sont extrêmement présentes du fait de leur expérience accumulée depuis des décennies dans l'importation de résine de cannabis. Elles sont en général relativement proches du grand banditisme du fait des relations d'affaire qu'elles entretiennent avec lui, et une certaine porosité existe entre les deux milieux : les membres les plus « dynamiques » de ces réseaux pouvant intégrer les sphères les plus élevées du crime organisé.

Plusieurs facteurs expliquent l'investissement croissant des réseaux de « cité » dans le trafic de cocaïne : une demande extrêmement dynamique et une rentabilité beaucoup plus grande de ce trafic par rapport à celui de résine de cannabis.

Du côté de la demande, le développement de l'usage de cocaïne dans des milieux populaires, avec lesquels ce type d'organisations, du fait de leur enracinement social, est proche, favorise cette nouvelle dynamique. Depuis dix ans, la chute des prix du gramme au détail, passé de 150 € à la fin des années 1990 à 60 voire 50 €, a facilité l'accès au produit au sein des couches les plus modestes de la population dans un contexte marqué par les transformations des représentations sociales s'agissant des drogues dites dures. Il semble en effet que dans les banlieues ouvrières marquées à la fin des années 1970 par l'épidémie d'héroïne, les tabous liés à l'usage de substances illicites comme l'héroïne et la cocaïne soient en train de s'effondrer et favorisent l'émergence d'une demande endogène aux « quartiers », alimentant en retour une offre locale de plus en plus structurée.

Le niveau de rentabilité beaucoup plus grand de la revente de cocaïne au détail par rapport à celle de la résine de cannabis favorise également la reconversion des trafiquants en direction de cette substance. En effet, chaque gramme de cocaïne vendu au détail permet de dégager, compte tenu des prix pratiqués par les grossistes, une marge d'une trentaine d'euros contre à peine trois euros pour la résine de cannabis.

La troisième grande modalité organisationnelle est celle des micro-trafics animés le plus souvent par des usagers-revendeurs. En général, ceux-ci se lancent dans le deal, dans un premier temps, afin de financer leur consommation personnelle à moindre coût – le gramme de cocaïne acheté en gros est en moyenne deux fois moins onéreux que celui acquis sur le marché de détail – en achetant la cocaïne à un grossiste ou un semi-grossiste, et finissent par constituer des micro-réseaux comprenant quelques clients réguliers.

Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d'approvisionnement, a permis de mettre en évidence l'importance des phénomènes transfrontaliers dans la configuration du trafic en France, les usagers-revendeurs n'hésitant pas, quand ils n'ont pas sous la main de grossistes implantés à proximité, à franchir les frontières nationales pour s'approvisionner en cocaïne voire en héroïne dans les pays jouxtant la France (Belgique, Hollande, Espagne). Il est probable que ce type de réseaux, fondé sur un trafic de fourmis, soit quantitativement majoritaire en France par rapport aux réseaux liés au grand banditisme et aux bandes de dealers professionnalisés. Il contribue, à son échelle, à la forte disponibilité de la cocaïne sur le territoire français. L'étude

menée en 2004-2005 sur les procédures d'interpellations pour usage-revente de trafic de cocaïne a d'ailleurs mis en évidence la relative aisance avec laquelle ce type d'organisations peut se constituer (Gandilhon 2007).

Ces micro-réseaux sont en effet favorisés par la forte présence en Belgique, aux Pays-Bas ou en Espagne, de grossistes et de semi-grossistes bien implantés et familiers des techniques de rabattage des « touristes » de la drogue. En outre, comme pour les réseaux plus professionnalisés, les perspectives de gains rapides et importants encouragent le processus : quelques dizaines de grammes importés chaque mois écoulés autour d'une petite clientèle suffisent à assurer plusieurs milliers d'euros de revenus net, dans un contexte où beaucoup des usagers-revendeurs sont issus de milieux socialement et professionnellement marqués par la précarité. Quoi qu'il en soit, ce phénomène des micro-réseaux transfrontaliers semble, au vu des interpellations croissantes et des observations du dispositif TREND, en croissance régulière ces dernières années et semble toucher y compris les régions du territoire français, notamment l'Ouest et le Centre, les plus éloignées des pays de stockage de la cocaïne destinée au marché européen.

Crack et free base

Un second type de cocaïne, présent sur le marché français, circule sous les appellations de « crack » et « free base ». Ces deux appellations différentes recouvrent en fait un même produit mais des clientèles bien distinctes.

Le crack, contrairement au chlorhydrate, présente la particularité d'être présent sur des marchés bien spécifiques et très délimités géographiquement. En effet le crack est destiné dans l'écrasante majorité des cas à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés et minoritaires – de 15 000 à 20 000 personnes sur toute la France métropolitaine selon certaines estimations (Janssen 2012). Les usagers sont présents essentiellement en région parisienne et dans les départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe et Martinique) (Merle *et al.* 2010), même si des cas sporadiques d'apparition de cette substance sur d'autres sites du dispositif TREND, comme à Toulouse en 2010 et 2011, ont pu être signalés. En matière de trafics, il se confirme qu'une partie de l'offre parisienne de crack est de plus en plus le fait des réseaux de personnes spécialisées dans la revente de résine de cannabis, et cela au détriment des revendeurs traditionnels originaires le plus souvent d'Afrique de l'Ouest et notamment du Sénégal.

Contrairement au crack, le produit vendu sous l'appellation *free base* ne fait pas l'objet d'une revente structurée par des réseaux organisés. Dans la plupart des cas, ce sont les usagers eux-mêmes qui fabriquent le *free base*. De plus, le produit concerne une clientèle complètement différente de celle des crackers : essentiellement une population de personnes appartenant à la mouvance *underground* du mouvement techno (nomades, *travellers*) s'exprimant dans les *free parties*. Des cas de porosité ponctuelle entre « crackers » et « *free basers* » ont été rapportés par les sites TREND de Paris et Toulouse en 2010 et 2011 en matière de fréquentation par ces derniers de marché locaux de crack. L'explication résiderait d'une part dans l'impécuniosité de certains usagers de *free base*, incapable de se procurer de la cocaïne, qui viendraient acheter du crack et d'autre part dans de simples « dépannages ».

Ecstasy

Il semble que la demande moindre d'ecstasy sous sa forme comprimé contribue au désintérêt des organisations criminelles françaises pour le trafic de ce produit (Girard *et al.* 2010). En 2011, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est réalisé par des microstructures qui

s'approvisionnent à l'étranger (Belgique, Pays-Bas, Allemagne) ou plus rarement auprès de filières relevant du crime organisé originaire d'Europe de l'Est.

NSP et développement du trafic sur Internet

Depuis 2009, les sites de ventes en ligne de produits psychotropes se sont multipliés. Dans le cadre du dispositif SINTES, une typologie des marchés a été dressée. Quatre types de marchés peuvent être distingués. Les deux premiers marchés – celui à destination d'un « public averti » et celui avec une orientation « commerciale » – peuvent être recherchés sur un même site de vente en ligne ou faire l'objet d'une spécialisation exclusive. Les deux derniers marchés – deep web²⁰⁷ et petites annonces – ne sont accessibles que dans des espaces dédiés.

Le marché à destination d'un public averti

Le premier segment du marché des NSP est relativement lisible et transparent et semble être le plus ancien. Les sites appartenant à cette catégorie sont souvent sobres et moins nombreux que les sites de vente plus commerciaux. Les noms chimiques des molécules en vente sont affichés. Les produits sont vendus dans des pochons de plastique sans marketing spécifique. L'offre s'adresse à un public qui est plus spécifiquement en capacité de relier des effets à des noms de molécules et qui en connaît les dosages.

Le marché commercial

A contrario, le deuxième segment du marché est plus commercial. Les sites ou les parties des sites relevant de cette catégorie ont des designs souvent plus attractifs que ceux de la première catégorie. Les conditionnements des produits sont eux-mêmes très colorés et graphiques. Les sites s'adressent parfois explicitement à travers leurs messages publicitaires à un jeune public, notamment à propos des cannabinoïdes de synthèse.

Des molécules ou des mélanges de molécules sont vendus sous des noms commerciaux. Il n'y a aucune mention des contenus en principe actif, ni dans le texte qui présente le produit ni sur son emballage. En général, les produits vendus sont rarement présentés sous forme de poudre, mais sont plutôt conditionnés – c'est le cas des stimulants notamment – sous forme de pilule. Ce format peut suggérer au consommateur que le dosage est pré-réalisé par le producteur. Contrairement au premier segment où les produits apparaissent directement sous forme de poudre, cette présentation induit l'idée que le consommateur n'a pas besoin de prendre en compte le dosage des produits. Elle n'incite pas à rechercher des informations sur la composition chimique du contenu et/ou sur les dosages.

En outre, ces sites entretiennent un doute sur le caractère psychoactif des substances proposées à la vente. Par exemple, les cannabinoïdes de synthèse sont parfois présentés sur des débris végétaux où ils sont déposés, invisibles à l'œil nu. Cette présentation peut laisser croire au consommateur qu'il consomme une plante plutôt qu'un produit synthétique. Dans le premier marché, cet « effort » de présentation n'est pas réalisé car les cannabinoïdes peuvent être vendus directement sous forme de poudre, de comprimé ou de pâte.

²⁰⁷ Cette partie de l'Internet est appelée « deep web ». Globalement, elle est composée de pages d'annuaires ou internes à des sites. Il existe toutefois des sites dont la mise en place est assurée par un serveur spécifiquement construit pour ne pas être identifié par les protocoles Internet classiques.

Ces sites peuvent offrir également des produits « dérivés », proches de ceux vendus dans les « *smarts shops* » que l'on peut trouver aux Pays-Bas ou dans certains pays d'Europe orientale. Ces produits dérivés mis en vente peuvent être des boissons énergisantes, des instruments pour la consommation par inhalation, des kits de test toxicologique, etc.

Ce volet plus commercial du marché semble numériquement supérieur au marché à destination d'un public averti. Ainsi, en novembre 2011 l'OFDT a prospecté 32 sites de vente²⁰⁸. Certains sites relevaient uniquement de l'un ou l'autre des deux premiers marchés tandis que d'autres hébergeaient les deux. Il est apparu que les produits à « conditionnement commercial » sans mention de contenu étaient trois fois plus nombreux à la vente que les molécules avec une identification chimique affichée. Ces dernières étaient au nombre de 63.

Il semble également que d'autres différences séparent les sites, ou les segments de site, destiné à un « public averti » et les sites plus commerciaux. Ainsi, les saisies et les collectes SINTES font apparaître que les « conditionnements commerciaux » des NSP contiennent davantage de molécules différentes que les sachets vendus sur les sites pour « public averti ». Des analyses réalisées par le Service commun des laboratoires (SCL) sur plusieurs conditionnements commerciaux portant la même appellation ont permis de mettre en évidence des mélanges de 5 cannabinoïdes de synthèses²⁰⁹ différents. *En revanche*, les analyses faites en 2011 par SINTES sur 16 sachets vendus sur des sites pour « public averti » et portant à chaque fois le nom chimique d'une seule molécule, montraient leurs présences effectives et uniques. Ces premières observations devront être confirmées par d'autres analyses.

Le marché du « deep web »

Le troisième secteur du marché est celui de la vente sur des sites non référencés par les moteurs de recherche. Deux sites de ce type ont été fermés par la DEA (Drug Enforcement Administration) américaine entre l'été 2011 et mars 2012.

La spécificité de ce secteur réside dans son accès limité par le caractère confidentiel de l'accès : les internautes ne peuvent s'y rendre que si l'adresse leur en a été communiquée par un tiers. Ces sites peuvent servir à de la vente de produits psychoactifs via l'utilisation de monnaie virtuelle. Il est possible d'y trouver des produits classés comme stupéfiants, des médicaments disponibles uniquement sur ordonnance ou des NSP.

D'autres sites de ce type servent à mettre en relation des acheteurs et vendeurs proches géographiquement. Cette tendance semble être marginale car elle demande que l'usager soit inséré dans un réseau de consommateurs et dispose de connaissances informatiques.

Le marché composé de petites annonces

Enfin, l'une des dernières facettes du marché est la vente de produits par petites annonces. L'OFDT a réalisé courant 2010 un travail de recherche qui portait sur « l'accréditation »²¹⁰ des informations sur Internet à propos des drogues en général. Le travail a permis de réaliser une

²⁰⁸ Les sites ont été sélectionnés selon la méthodologie du « snapshot », c'est-à-dire le relevé des résultats pertinents sur les 100 premières pages d'un moteur de recherche, suite à une requête avec une combinaison de mots-clés.

²⁰⁹ Les cannabinoïdes de synthèse sont des molécules proches chimiques du delta-9-tétracannabinol.

²¹⁰ Le terme a ici un sens spécifiquement en lien avec le monde de l'édition. Il désigne le processus par lequel le référencement du site est de plus en plus reconnu et fait preuve d'autorité dans le champ qui le concerne.

typologie des sites en ligne relatifs aux NSP (Delprat 2011) et référencés par les moteurs de recherche. La majeure partie des produits phares du moment est ainsi apparue comme disponible sur des sites de petites annonces, insérées dans des catégories génériques. La plupart des annonces renvoient à des adresses basées en Afrique (Nigéria, Cameroun), parfois en Chine. Des sites d'usagers ont réagi en listant les coordonnées et adresses mails de celles qui s'apparentent à des arnaques.

Les quelques informations qualitatives recueillies sur le comportement d'achat des usagers semblent montrer que peu d'entre eux ont réellement recours à ce mode d'approvisionnement. La présence persistante et massive des sites de petites annonces toutefois interroge.

Stratégie de communication de la part des vendeurs

Les vendeurs développent des stratégies de communications relativement sophistiquées. Les réseaux sociaux comme Facebook ou YouTube servent d'emplacements publicitaires aux produits ou aux sites. Les moyens de communication type Tweeter sont également utilisés.

Des blogs dédiés à une activité sociale et bénévole de rédaction d'articles, les « webzines », servent à éditer des écrits qui ont une apparence journalistique mais qui informent en fait de la disponibilité d'un produit.

D'autres sites, émanant parfois d'institutions publiques, sont « cannibalisés ». Ce qui signifie que les espaces ouverts à une utilisation publique pour l'édition de vidéos ou d'écrits personnels permettent de faire passer des clips et annonces d'ouverture de sites de vente en ligne.

Enfin, des forums généralistes non spécialisés sur les produits ou bien les plates-formes IRC²¹¹ sont également des lieux possibles d'échanges d'informations. Ce mode de communication demande à un utilisateur d'être accepté par les autres personnes qui utilisent le même moyen de communication, avant d'accéder à des informations et les partager.

10.3. Saisies

10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites

En 2010, le nombre de saisies de stupéfiants effectuées par les services répressifs (police, douanes, gendarmerie)²¹², tous produits confondus, avait atteint 129 529 soit une augmentation de près de 20 % par rapport à l'année précédente. Celles-ci se situaient à un niveau historiquement élevé par rapport à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Les données ne sont pas disponibles pour l'année 2011.

²¹¹ Internet Relay Chat, est un protocole de communication textuelle et instantanée via de « pièces » ou « canaux » dédiés à des thèmes de discussions.

²¹² Nous ne disposons pas cette année des données relatives au nombre de saisies réalisées pour chacune des substances illicites en question.

Cannabis

Les tendances à la baisse enregistrées pour la résine de cannabis depuis l'année 2004, année qui marqua l'apogée historique des saisies en France avec une centaine de tonnes, ne se confirment pas en 2011 puisque les quantités saisies augmentent de plus de 5 % par rapport à l'année 2010. Toutefois, l'année 2011, malgré cette légère hausse, s'inscrit dans une tendance de long terme marquée par la diminution globale des saisies. Cette tendance s'expliquerait par l'atomisation des lieux de stockage et du transport de résine, lequel s'organiseraient autour de convois plus nombreux et moins chargés en marchandise. Ainsi, en 2011, les convois routiers dits *go fast* interceptés transportaient en moyenne 400 kg contre 600 kg en 2010. On ne peut exclure non plus l'hypothèse d'une moindre appétence des usagers français et européens pour une résine marocaine de plus en plus concurrencée par une herbe cultivée en Europe.

À l'inverse, les quantités saisies d'herbe poursuivent leur augmentation régulière. Entre 2010 et 2011, elles augmentent de près de 20 % et depuis 2004 de plus de 130 %. Pour 2011, les données sur les saisies de graines et de pieds de cannabis ne sont pas disponibles. En 2010, elles étaient en diminution par rapport à l'année 2009 de respectivement - 51,45 % et - 3,05 %.

Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg), en 2011 et évolution 2010/2011 (en %)

Drogues saisies	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2010/2011
Résine Cannabis	67 891 kg	34 182 kg	71 075 kg	56 073 kg	52 795 kg	55 641 kg	+ 5,3 %
Herbe Cannabis	3 773 kg	3 047 kg	3 422 kg	3 495 kg	4 564 kg	5 450 kg	+ 19,4 %
Graines Cannabis	57 kg	51 kg	30 kg	45 kg	22 kg	Non disponible	
Héroïne	1 051 kg	1 035 kg	1 117 kg	970 kg	1087 kg	883 kg	-18,7 %
Cocaïne	10 166 kg	6 578 kg	8 214 kg	5 211 kg	4 125 kg	10 834 kg	+162 %
Crack	8 kg	6 kg	12 kg	12 kg	14 kg	13 kg	-7,1 %
Amphétamines	77 kg	307 kg	109 kg	564 kg	176 kg	601 kg	+241 %
Ecstasy (cp)	1 488 919	1 359 912	342 923	106 597	663 595	1 510 500	+127,6 %
LSD (supports)	5 589	13 107	90 021	10 209	28 411	ND	
Kétamine	5 kg	2 kg	65 kg	3 kg	14 kg	ND	

Source : FNIALS, OCRTIS 2011

Héroïne

Les saisies d'héroïne en 2011 sont en forte baisse. Alors que depuis 2006 elles tournaient autour d'une tonne, celles-ci s'établissent plutôt autour de 900 kilos. Cependant, les saisies 2011 demeurent élevées au regard de celles réalisées dans les années 2000, puisqu'elles sont deux à trois fois plus élevées que les saisies réalisées en France en 1999 ou 2001.

Cocaïne

Les saisies de cocaïne en 2011, en dépassant le cap symbolique des 10 t, atteignent un niveau sans précédent et surpassent le record historique de 2006. Par rapport à 2010, les saisies sont en augmentation de 162 %. Ces résultats exceptionnels s'expliquent notamment par de grosses saisies maritimes réalisées dans les Antilles (Guadeloupe, Martinique) et par l'augmentation des prises liées au vecteur aérien réalisées dans les aéroports français. Quoi qu'il en soit, ces résultats s'inscrivent dans la continuité des années précédentes : alors que dans les années 1990 la moyenne des saisies sur le territoire français se situait dans des valeurs tournant autour de la tonne, depuis le début des années 2000, cette moyenne dépasse régulièrement les 5 t (Gandilhon 2012).

Les saisies de crack connaissent une évolution en dents de scie depuis le début des années 2000. Bien qu'elles soient en augmentation depuis 2007, il est difficile de percevoir une tendance de long terme.

Ecstasy

En 2011, les saisies de comprimés d'ecstasy ont atteint les 1 500 000 unités, soit une augmentation de 127 % par rapport à l'année 2010. Cette dernière année était déjà marquée par une augmentation très forte des saisies par rapport à une année 2009 qui avait présenté un caractère exceptionnel du fait de la pénurie de MDMA due à la destruction massive au Cambodge d'un précurseur indispensable à sa fabrication. Toutefois, le niveau des saisies d'ecstasy, au regard de la tendance à la baisse des années précédentes, est extrêmement élevée et atteint des quantités comparables à celles des années 2000 quand l'usage d'ecstasy était en pleine ascension.

10.3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

Les données sur les saisies de précurseurs sont inexistantes parce que la France n'est pas, ou très marginalement, un pays producteur de substances illicites (à l'exception de l'herbe de cannabis).

10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits

La dernière affaire de démantèlement d'un laboratoire de production clandestin remonte à 2005. Il s'agissait d'une unité de production de cocaïne installée au Perreux dans le Val-de-Marne.

10.4. Prix/pureté

10.4.1. Prix au détail des drogues illicites

Cannabis

En 2011, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS²¹³ à environ 7,5 € pour une fourchette comprise entre 5,8 € et 10 € le gramme. Ce prix est en hausse par rapport aux années précédentes (6,5 € en 2009 et 7 € en 2010). Pour le baromètre prix du dispositif TREND, le prix médian de l'herbe se situe autour de 10 € (Gandilhon *et al.* 2011). Ce phénomène qui voit le prix de l'herbe augmenter s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégié, semble-t-il, des produits de « bonne qualité ».

Le prix de gros, mesuré par les services de police, s'élève à 3 000 € le kilogramme.

²¹³ Les prix de détail et de gros du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy sont issus de la note de l'OCRTIS, *Les prix des stupéfiants en France en 2011*.

Pour l'OCRTIS, le prix médian de la résine de cannabis est stable. En 2011, il reste à 5 € le gramme. Le constat est identique pour le dispositif TREND, puisque le prix médian du gramme se situe autour de 5 €. Le prix de gros de la résine pour la même année atteint les 2 000 € le kilogramme.

Héroïne

En 2011, selon l'OCRTIS, le prix médian du gramme d'héroïne brune tournerait autour de 35 €, soit une baisse de plus de 10 % par rapport à 2010. Si ce phénomène se confirmait, cela marquerait une inflexion de tendance certaine puisque le prix du gramme était stable depuis 2007. Sur une période plus longue, la tendance est toutefois nettement à la baisse puisque le gramme d'héroïne au début des années 2000 se situait aux alentours de 60 €. Le dispositif TREND pour l'année 2011 enregistre plutôt une stabilité du prix autour d'une valeur tournant autour de 40 €.

Le prix de gros de l'héroïne brune est en baisse également et tourne autour de 10 500 € le kilogramme.

Les produits de substitution détournés

Depuis 2008, le prix du comprimé de 8 mg de BHD dans sa forme commercialisée sous l'appellation Subutex®, la seule ou presque disponible sur le marché parallèle des grands centres urbains, est en légère hausse et se situe en 2011 à 5,5-5,6 € contre 4 € les années précédentes (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b). Cette augmentation du prix serait en relation avec les difficultés d'alimentation du marché engendrées par l'application de mesures plus strictes d'encadrement des prescriptions prises par les autorités sanitaires.

Le prix du flacon de 60 ml de méthadone s'échelonne selon les lieux de 5 € à environ 20 €.

Cocaïne

Le prix du gramme de chlorhydrate de cocaïne est stable depuis cinq ans après avoir été divisé par deux par rapport à la fin des années 1990. En 2011, pour l'OCRTIS, le prix médian tourne autour de 60 €. Toutefois, le constat n'est pas identique pour le dispositif TREND, qui note plutôt une tendance à la hausse avec des valeurs approchant plutôt 65 € dans l'espace urbain et dépassant 70 € dans l'espace festif. Il est cependant encore trop tôt pour tirer des conclusions sur ce constat.

Le prix de gros, stable également, s'élève à 30 000 € le kilogramme.

Tableau 10.2 : Prix médians et moyens en euros au gramme (TREND/OFDT)

Sites	Cannabis		Cocaïne		Héroïne		MDMA	
	(n=27)		(n=121)		(n=112)		(n=73)	
	<u>Herbe</u>	<u>Résine</u>	<u>Urbain</u>	<u>Festif</u>	<u>Cp</u>	<u>Poudre</u>	<u>Cristal</u>	
Bordeaux	9	5,3	61,3	90	44	10,7	63,3	NR
Lille	12,4	6,8	57,5	67,5	26,8	3,2	NR	54,3
Marseille	5	3	64	71	41	NR	58,9	78,3
Metz	12	8,3	90	70	43,6	NR	NR	73,3
Paris	NR	13,3	63	74,2	42	5	NR	60
Rennes	12,7	6	67,7	NR	45,4	NR	NR	NR
Toulouse	8	6,8	59,4	73	50	10	63,3	65
Médiane*	10,5	6,8	63	72	43,6	7,5	63,3	65
Moyenne*	9,9	7	66	74,3	41,8	7,2	62	66,2

* La moyenne, comme la médiane, sont calculées à partir des prix moyens relevés sur chaque site et non de l'ensemble des transactions rapportées. Cela permet de donner un poids toujours identique²¹⁴ à chaque site et de s'affranchir des variations du nombre de collectes sur chaque site.

Source : TREND/second semestre 2011

Ecstasy

Il est nécessaire de distinguer la forme galénique sous laquelle le produit est vendu : comprimé, poudre et cristal.

En 2011, selon l'OCRTIS, le prix du comprimé d'ecstasy s'établit à 6 €, ce qui marque plutôt une stabilité par rapport aux années précédentes. Toutefois ce prix de détail ne traduit pas complètement la réalité du marché de détail puisque les usagers ont tendance pour faire baisser le prix unitaire du comprimé à acheter des lots de plusieurs dizaines de comprimés. Ces achats permettent ainsi de faire baisser le prix du comprimé à 2,5 €.

Pour le dispositif TREND, le prix médian du comprimé est un peu plus élevé et tourne autour de 7 € tandis que les deux autres formes présentes sur le marché, la « poudre » (MDMA) et le « cristal » tourneraient respectivement autour de 60 € pour la première et 65 € pour la seconde. Pour ces deux dernières formes, la tendance des prix est nettement à la baisse.

10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites

Cannabis

L'augmentation des teneurs moyenne en THC observée depuis les années 2000 se confirme en 2011. Le taux de THC dans les résines augmente légèrement de 11 % en 2010 à 12 % en 2011. Dans le cas des résines, (INPS (Institut national de police scientifique) 2011), cela est dû essentiellement à l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (>15 %) et de la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %). Le taux maximum de THC dans la résine est de 53 % en 2011.

²¹⁴ Si le poids identique délibérément donné à chaque site ne reflète pas forcément la réalité des marchés, ce parti-pris a le mérite de fournir un indicateur toujours calculé de la même manière et de permettre des comparaisons où seules les variations de prix sont prises en compte.

La teneur en THC dans l'herbe de cannabis passe de 10 % en 2010 à 11 % en 2011. L'explication de cette tendance tient également dans l'augmentation des herbes fortement dosées (>15 %). La teneur maximale retrouvée en 2011 est de 34 %.

Héroïne

L'année 2011 se caractérise par une baisse de la teneur des échantillons saisis (teneur moyenne 8 %, (INPS (Institut national de police scientifique) 2012)) ou collectés (teneur moyenne 7,2 %, SINTES 2012). En 2010, la teneur moyenne était de 13 % (INPS (Institut national de police scientifique) 2011). On observe encore en 2011 de grandes variations de pureté d'un échantillon à l'autre.

L'enquête nationale SINTES réalisée en 2011 confirme la disparité géographique de la répartition des teneurs. Les teneurs sont plus élevées (10,3 %) dans les régions plutôt proches de la frontière avec la Belgique (Lille, Metz et Paris), et plus basses (4,2 %) dans le reste de la France (Bordeaux, Rennes, Marseille, Toulouse). Il faut noter en 2011 les teneurs significativement plus fortes analysées dans les échantillons collectés dans l'agglomération parisienne (taux médian 17 %).

Cocaïne

La teneur en cocaïne des échantillons saisis dans la rue baisse en 2011. La plupart ont une teneur comprise entre 10 % et 20 % contre 10 % et 40 % en 2010.

Ecstasy

La poudre, forme désormais largement majoritaire en 2011, a une teneur en MDMA, très variable : la moyenne est proche de 55 %, tandis que le taux maximum approche 83 %. Dans le cas des comprimés, la teneur moyenne, quoique plus faible par rapport aux poudres, est en légère augmentation (23 % en 2011 vs 15 % en 2010).

10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues

Héroïne

Depuis les années 2000, on retrouve dans plus de 9 échantillons d'héroïne sur 10, un mélange de caféine (entre 20 % et 40 %) et de paracétamol (entre 40 % et 60 %). Ce dernier reste donc le produit de coupe principal.

Le reste est constitué de produits inertes comme les sucres ou le mannitol.

Les adultérants (pharmacologiquement actifs) comme le diazépam, la phénacétine, le dextrométhorphane et l'alprazolam ont été identifiés dans quelques échantillons au cours de l'année 2011. Leur concentration était pour la plupart inférieure à 1 %.

Cocaïne

La cocaïne arrive déjà coupée sur le territoire français avec des produits psychoactifs comme le lévamisole, l'hydroxyzine et le diltiazem. Elle est ensuite recoupée avec d'autres produits psychoactifs comme la phénacétine, la lidocaïne ainsi que des sucres avant d'être revendue dans la rue.

Le lévamisole est toujours l'adultérant le plus retrouvé (présent dans 75 % des échantillons, en augmentation depuis 2010) quoiqu'en faibles teneurs (moyenne à 9 % du volume total d'un échantillon mais pouvant atteindre 34 %). La phénacétine est toujours seconde en termes de présence dans les échantillons de cocaïne (autour de 40 %). Elle représente en moyenne 32 % de l'échantillon, soit presque autant que la cocaïne elle-même.

Ecstasy

En 2011, la caféine est le composé le plus associé à la MDMA. La présence de mCPP diminue encore depuis 2009.

Partie B. Thèmes spécifiques

11. Les traitements résidentiels pour usagers de drogues

11.1. Histoire et cadre des politiques publiques

11.1.1. Histoire des traitements résidentiels

Depuis le XIXème siècle, l'intérêt des prises en charges résidentielles pour les personnes dépendantes de substances psychoactives ne s'est pas démenti. Il y a deux raisons à cela : d'abord, le temps du sevrage nécessitant pour ceux qui n'en disposaient pas d'un cadre protecteur ; ensuite, pour la période suivant immédiatement le sevrage, les médecins conseillaient déjà à ceux qui le pouvaient de se reposer dans un cadre agréable et lointain afin de mettre une certaine distance géographique et temporelle avec les substances précédemment consommées.

Il convient de remarquer que par la suite les dispositifs dédiés à l'alcool ou aux « drogues » illicites se sont développés séparément. Les premiers sont marqués par leur origine sanitaire (les malades alcooliques se rencontrent à l'hôpital). Les seconds, ancrés dans l'ambiance communautaire et contre culturelle des années 1970, resteront jusque dans les années 1980 marqués par leur méfiance à l'égard du monde médical.

Les toxicomanies

Dans le domaine des drogues illicites, l'essor des soins résidentiels apparaît consécutif à la diffusion des drogues dans la jeunesse vers la fin des années 1960 et à la loi du 31 décembre 1970 qui tentait de répondre à cette évolution. Différents établissements s'ouvrent alors aux « toxicomanes ». Ces dispositifs, « post-cure de sevrage » pour la plupart, s'inscrivent progressivement dans une chaîne thérapeutique dont les maillons se multiplient pour répondre à des problématiques de plus en plus diversifiées : appartements thérapeutiques, familles d'accueil. De nombreux établissements ouvrent alors, en accord avec leur époque, c'est-à-dire le plus souvent à la campagne, fondés sur l'idée d'un « retour à une vie saine », et encourageant la restauration de relations humaines satisfaisantes. On y vise l'abstinence de drogues illicites, et l'on s'y préoccupe parfois d'insertion professionnelle, dans une société alors proche du plein emploi. L'ouverture de ces établissements était d'autant plus aisée que les budgets étaient votés par les départements et remboursés à 80 % par l'État. Ils seront essentiellement portés par le secteur associatif, les pouvoirs publics considérant ce dernier plus réactif que les services de l'État. En l'absence de données probantes quant à l'efficacité des traitements, on décide de financer largement les expérimentations, dont beaucoup disparaissent, faute de rencontrer durablement leur public, ou du fait de dérives idéologiques ou financières.

Passée l'euphorie de la création, les années 1980 seront celles de la professionnalisation et aussi du début de l'organisation de ce secteur, avec la création de l'Association nationale des intervenants en toxicomane (ANIT), la mise en œuvre de journées annuelles de rencontres, qui tourneront sur toute la France, ainsi que les premières « journées de Reims », orientées par un discours résolument psychanalytique. Pourtant, durant ces années, le sida apparaît en 1981 aux

États-Unis, peu après en France, touchant gravement la population des héroïnomanes injecteurs, lesquels constituaient alors la majeure partie de la « clientèle » des dispositifs de soin. Les pouvoirs publics s'interrogent alors sur le système en place.

En 1987 un rapport du Conseil économique et social décrit les institutions d'hébergement (Sullerot 1989). Sur 30 établissements de postcure, 16 sont axées sur des « techniques relationnelles », 14 sur des « techniques occupationnelles », 3 proposent des « modes de vie semi autonomes » (appartements thérapeutiques). La postcure est aussi assurée par 4 grands réseaux de familles d'accueils et 19 plus modestes, rattachés à des centres d'accueil.

Si ce rapport déplore l'insuffisance quantitative des capacités d'hébergement, il souligne également un certain nombre de points faibles en critiquant la sous-médicalisation des centres, la sous utilisation de certains dispositifs, l'inadaptation des projets à l'évolution de la clientèle et la sélection de celle-ci, la mise à distance des familles, le manque de communication entre les centres résidentiels et leur environnement. Mais surtout, il récuse ce qui était présenté comme un atout du dispositif français, à savoir la diversité des modes de prise en charge proposés, qui selon le rapport n'est pas effective pour le patient qui s'adresse à un centre : il est orienté par affinités idéologiques des soignants, où plus prosaïquement là où il y a de la place, ce qui explique la brièveté des séjours dans les centres. « La variété n'a guère de vertu quand elle ne permet pas de choix » (Sullerot 1989).

En 1992, un décret²¹⁵ vient définir les missions des centres de soins, ambulatoires et résidentiels. Pour être un CSST conventionné, il faut assurer « au moins 1) la prise en charge médico-psychologique du toxicomane, 2) la prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. » ; si l'on n'assure qu'une de ces missions il faut ajouter « l'accueil, l'orientation, l'information des toxicomanes et de leur famille, le sevrage et son accompagnement (...), le soutien à l'environnement familial ». Cela est assorti d'un certain nombre d'obligations : projet thérapeutique et socio-éducatif à l'instar de ce qui existe dans les secteurs sanitaire et médico-social, rapport d'activité, projet établi pour 5 ans maximum, qui peut être revu à la demande du préfet, évaluation des actions entreprises.

La problématique de l'accès aux soins, de l'égalité d'accès aux traitements, puis de la réduction des risques, le problème majeur de santé publique créé par le sida met non seulement en évidence le sous-équipement du pays en matière de réponse aux usages de drogues, mais viendra interroger la nature même des réponses apportées à ces problématiques, en particulier les pratiques professionnelles fondées sur la seule perspective de l'abstinence.

Cela conduit à un décret en 1993 visant le doublement de la capacité d'hébergement, en développant en particulier les dispositifs « d'appartements thérapeutiques », et en créant les premières communautés thérapeutiques, mais en insistant aussi sur le développement des dispositifs ambulatoires sur tout le territoire national et sur l'importance des réseaux ville hôpital.

Parallèlement les pouvoirs publics, poussés par un ensemble d'acteurs dont ceux issus de la lutte contre le sida, travaillent à une redéfinition des politiques publiques, appuyées sur plusieurs rapports : rapport Trautmann en 1989 (Trautmann 1990), rapport Henrion (Henrion 1995), Parquet-Reynaud (Parquet 1997), Roques (Roques 1998). Ceux-ci posent, d'une part, les bases

²¹⁵ Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NOR SANP9201106D).

de l'addictologie et soutiennent, d'autre part, le développement d'une politique de réduction des risques et le recours aux traitements de substitution aux opiacés.

La couverture du territoire en centres ambulatoires habilités à prescrire la méthadone, puis en 1995 la mise sur le marché du Subutex® ont alors pour conséquence de repositionner les centres de soins résidentiels. De dispositifs essentiels au traitement des toxicomanes, ils deviennent une option possible dans un parcours de soins. Ils sont par ailleurs contraints à se médicaliser, à accepter les usagers bénéficiant de traitements de substitution, et à travailler en réseaux, comme cela leur est rappelé dans une note de la Direction générale de la santé en 1998²¹⁶. Ces bouleversements conduiront à la fermeture de plusieurs établissements, en particulier des établissements fonctionnant en collectif, ne parvenant pas à prendre ce virage et, d'autre part, peu soutenus par les pouvoirs publics occupés à mettre en place l'accès aux traitements de substitutions et à la réduction des risques. Par ailleurs, certains pouvaient croire que les traitements de substitution allaient rendre inutiles ces dispositifs spécialisés. Les professionnels interpellent néanmoins régulièrement les pouvoirs publics sur la nécessité non seulement de maintenir, mais aussi de développer les capacités d'accueil en traitements résidentiels. En effet, on s'aperçoit vite que si les traitements de substitution améliorent considérablement la situation des usagers de drogues, la seule thérapeutique médicamenteuse ne résout pas les problèmes complexes médicaux, psychologiques et sociaux intriqués dans nombre d'addictions. Parallèlement les consommations évoluent, la consommation de cocaïne augmente, y compris sous forme de crack, les polyconsommations incluant l'alcool étant la règle. Pour ces formes les plus complexes d'addictions, les prestations proposées en centres ambulatoires ou en médecine de ville apparaissent insuffisantes.

Afin de sécuriser ces dispositifs aux financements fragiles, ils sont intégrés en 2002²¹⁷ au secteur médico-social, financés non plus par l'État mais par l'Assurance maladie. Ils deviennent des CSAPA, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, et voient leurs missions précisées en 2008²¹⁸.

Il faudra attendre 2006²¹⁹, pour que les politiques publiques relancent la création de dispositifs de soins résidentiels, à travers la mise en place de communautés thérapeutiques. Tenant compte à la fois de l'évolution des usages, de la nécessité de proposer des séjours longs (jusqu'à deux ans) pour des usagers très désinsérés, et de la volonté de rééquilibrer les propositions thérapeutiques, un cahier des charges sera établi, précisant les objectifs des communautés thérapeutiques. En particulier sont proposés un accompagnement vers l'abstinence et vers une insertion socioprofessionnelle. Sept communautés thérapeutiques de 35 places ouvriront leurs portes entre 2006 et 2011, s'ajoutant aux 3 établissements communautaires déjà existants.

Pendant ce temps, le groupe « hébergement » de la commission addiction²²⁰ du ministère de la Santé, se penchait sur les besoins en hébergement, et soulignait les difficulté d'accès à l'hébergement thérapeutique de certains publics : les femmes, accompagnées ou non d'enfants,

²¹⁶ Note de service DGS/SP3 n°98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NOR MESP9830471N).

²¹⁷ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (NOR MESX0000158L).

²¹⁸ Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR SJSP0830130C).

²¹⁹ Circulaire DGS/MILDT/SD6B n°2006-462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques (NOR SANP0630464C).

²²⁰ <http://www.sante.gouv.fr/commission-addictions.html>

les personnes sortant de détention, les jeunes usagers, les usagers âgés, les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques, les personnes souffrant de troubles cognitifs liés à des détériorations neurologiques, ainsi que les usagers « actifs », refusés par la majorité des dispositifs médico-sociaux et sociaux.

Pour tenir compte de ces besoins non satisfaits, les pouvoirs publics ont lancé des appels à projet visant certains de ces groupes, en particulier les femmes, ainsi que les personnes sortant de détention. Des dispositifs d'accueil d'usagers actifs ont par ailleurs vu le jour à titre expérimental.

Les postcures alcool

Les soins résidentiels « modernes » de l'alcoolisme se sont développés peu avant la Seconde guerre mondiale : la première *postcure pour alcoolique* a été fondée en Alsace en 1932, sur le site du Château Walk, sur le modèle d'une ferme thérapeutique. Dans les années 1950, inspirés de ce modèle, plusieurs établissements ouvrent leurs portes, certains dans le secteur sanitaire, d'autres dans le secteur social associatif (*Foyers de postcure*), au gré des projets et des opportunités.

Ces deux dispositifs sanitaires et sociaux pour alcooliques se sont surtout développés dans les années 1960 et 1970, avec des fonctionnements thérapeutiques très proches, bien qu'avec de modes de financement différents, les politiques publiques n'ayant pas alors de doctrine très affirmée quant à ce secteur.

La loi de réforme hospitalière²²¹, puis le décret SSR du 17 avril 2008²²², ont modifié ces établissements, anciennement de moyen séjour hospitalier, en *Soins de suite et de réadaptation en addictologie* (SSRA).

Ce retour sur l'histoire éclaire les enjeux actuels : les SSRA restent ancrés dans le champ sanitaire, les CSAPA résidentiels dans le secteur médico-social et les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) addictologiques apparaissent comme des caprices de l'histoire.

11.1.2. Stratégie et cadre réglementaire des traitements résidentiels

Les politiques publiques maintiennent depuis les premiers textes l'intérêt des dispositifs résidentiels pour usagers de drogues. Néanmoins les missions qui leur sont attribuées ont évolué avec le temps, tenant compte d'une part de l'évolution des besoins, de l'évolution des connaissances, et aussi de l'évolution des traitements disponibles, conduisant à une diversification des modalités de traitements résidentiels.

Ainsi le décret de 1992 prévoyait que les centres, ambulatoires ou résidentiels, devaient proposer au moins : 1) la prise en charge médico-psychologique du toxicomane, 2) la prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion, laissant ainsi une large initiative aux promoteurs de projets.

²²¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (NOR SPSX9000155L).

²²² Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (NOR SJSH0803309D).

Le décret du 14 mai 2007²²³ relatif aux missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), se veut plus précis quant à leurs missions, qui se déclinent ainsi :

« 1°) *L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage* ;

2°) *La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives* ;

3°) *La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou la réinsertion. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et les suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.* »

Le décret précise également que l'équipe doit être pluridisciplinaire, placée sous l'autorité d'un directeur, la responsabilité des activités médicales étant assurée par un médecin.

Les communautés thérapeutiques, dont les missions ont été précisées dans la circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques, plus orientées vers l'abstinence, bénéficient d'une dérogation quant à la prescription de traitements de substitution, à laquelle elles ne sont pas tenues.

L'annexe 5 de la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médicaux sociaux d'addictologie précise les différentes modalités d'hébergement autorisées, réparties en fonction de la durée du séjour :

- Le court séjour (inférieur à 3 mois), concernant essentiellement les structures d'urgence et de transition ;
- Le moyen et long séjour, concernant les appartements thérapeutiques (au maximum 12 mois renouvelables une fois), les centres thérapeutiques résidentiels (au maximum 12 mois), les familles d'accueil (« de quelques jours à plusieurs mois »), les communautés thérapeutiques (de 12 à 24 mois maximum).

Les ratios d'encadrement ne sont précisés que pour les communautés thérapeutiques, où ils ne doivent pas dépasser 0,5 pour 1.

11.2. Disponibilité et caractéristiques

11.2.1. Types et caractéristiques des établissements

En tant que CSAPA, les établissements suivants sont astreints à des missions obligatoires, précisées par la circulaire du 28 février 2008. Ces missions sont :

²²³ Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (NOR SANP0721630D).

- L'accueil : cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou la contactant, qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation, mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil ne peut se réduire à la prise de rendez vous.
- L'information : écrite ou orale, elle doit être accompagnée et explicitée, qu'elle porte sur l'information de l'usager quant à ses droits ou sur les modalités de prise en charge
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale : cette mission consiste à évaluer les besoins du patient et de son entourage. Concernant le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins. Concernant l'entourage, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle elles consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

La circulaire précise également le contenu de certaines missions obligatoires :

- La prise en charge médicale comprend :
 - L'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance ;
 - La recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques ;
 - La proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités ;
 - La proposition d'un sevrage thérapeutique. S'il n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner le patient ;
 - La prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie ;
 - Par ailleurs, les CSAPA doivent, au titre de la prise en charge médicale, assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO), et assurer les primo prescription de méthadone. Les CSAPA peuvent délivrer l'ensemble des médicaments nécessaires à la prise en charge.
- La prise en charge psychologique : elle s'appuie sur l'évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances, qui viennent compléter l'évaluation médicale. Elle comprend un suivi psychologique et de soutien adapté à la situation et aux besoins de l'usager. Elle doit prévoir la possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

- La prise en charge sociale et éducative : elle consiste en un accompagnement socioéducatif visant pour le patient à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément elle comprend : des aides au recouvrement des droits sociaux, des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.
- La réduction des risques : elle a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soins, au maintien et à la restauration du lien social. Toute personne prise en charge par un CSAPA doit pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdoses...) Elle est accompagnée tout au long de son parcours, pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques.

Ces différentes missions se trouvent déclinées dans les établissements que nous allons maintenant décrire, avec plus ou moins d'intensité selon la nature et le projet de l'établissement.

Des structures d'hébergement de transition et d'urgence :

Les sleep-in

Individuels ou collectifs (134 places financées en 2001, source DGS)

Ces dispositif dénommés « sleep-in », proposent un hébergement de nuit à des usagers en attente de pouvoir entrer dans une démarche de soins, ou nécessitant une mise à l'abri temporaire. Ils s'adressent essentiellement à un public en grande difficulté sociale, et visent alors à reconstruire un lien social. L'hébergement de nuit est relayé par une consultation de jour, où une assistante sociale, un médecin, une infirmière, un conseiller juridique et un accueillant sont en charge de l'accueil, du suivi, de l'orientation et l'accompagnement des personnes dans les domaines médical, paramédical, social et juridique.

Les centres d'accueil rapide et de court séjour

Au nombre de 4, ils visent à accueillir des usagers de drogues ou d'alcool, multi-rechuteurs, dès leur sortie de détention. L'ouverture récente de ces établissements, par transformations de CSAPA avec hébergement existants, illustre la volonté des pouvoirs publics d'orienter une partie des dispositifs résidentiels vers les publics les plus exclus. Le séjour, limité à trois mois, propose une prise en charge intensive, avec pour objectif de les soutenir dans la construction d'un projet de soins ou d'insertion. Il est centré sur la réadaptation à un environnement non carcéral, la prévention de la rechute, et l'inscription dans des réseaux de soins et d'insertion.

Les méthodes employées incluent une pharmacothérapie, chaque fois qu'elle apparaît nécessaire, en particulier la prescription et la délivrance de traitements de substitution, mais aussi des activités corporelles (relaxation, qi qong, activités sportives adaptées, etc.), un suivi psychologique individuel, et des séances de groupes (information sur les addictions, observance des traitements, prévention de la rechute, groupe de parole « libre », régulation de l'espace collectif, etc.), et un important accompagnement social (ouverture/restauration de droits, dossiers d'orientations, etc.) voire juridique.

Des hébergements individuels :

Appartements thérapeutiques/relais :

Il s'agit d'un mode d'hébergement thérapeutique en appartements individuels ou partagés, bénéficiant d'un accompagnement soutenu d'une équipe pluridisciplinaire. Les appartements thérapeutiques mis à disposition des usagers constituent un support à l'insertion ou au maintien d'un projet de soin reposant sur un accompagnement ambulatoire. Ils préparent l'accès à un dispositif d'insertion sociale, ou bien, chaque fois que possible, directement à un appartement individuel autofinancé.

Des rencontres régulières et obligatoires avec les membres de l'équipe sont organisées soit au centre d'accueil, soit dans l'appartement. Certains services acceptent des couples, voire des personnes avec des enfants. Dans ce cas, les parents ne doivent pas avoir été déchus de l'autorité parentale. Une participation à l'hébergement est souvent demandée, consistant en une fraction des revenus de la personne. Si nécessaire, la mise en place d'aides sociales permettant de financer cette participation prépare au paiement d'un loyer réel.

La durée maximale de séjour a été portée à 2 années afin de tenir compte de la difficulté d'accès à un logement autonome à la sortie de ces services.

Ces dispositifs sont accessibles soit en sortie d'un établissement de soins résidentiels collectif, soit directement. Dans le premier cas, les appartements thérapeutiques permettent aux personnes prises en charge d'expérimenter les conditions les plus proches de l'autonomie, tout en gardant un soutien professionnel important. Les usagers peuvent intégrer directement un appartement thérapeutique en cas de contrindication d'un hébergement collectif (personne accompagnée d'enfants, couple, par exemple). Ce soutien, impliquant des visites régulières des professionnels dans l'appartement, et des rendez-vous en centre d'accueil, vise sur le plan social à faciliter la tenue de l'appartement, la gestion du budget, la gestion du temps, mais aussi la gestion des *cravings*, éventuellement des re-consommations, afin qu'elles ne se transforment pas en rechutes. Un accompagnement médico-psychologique est systématiquement associé à cette modalité d'hébergement.

D'après les dernières données disponibles, on comptait en 2008, 58 CSAPA gérant²²⁴ des appartements thérapeutiques représentant globalement 488 places d'hébergement.

Familles d'accueil :

Il s'agit de familles qui acceptent de recevoir pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois une personne qui leur est adressée par un centre spécialisé (on ne peut s'y rendre de soi même). Elles proposent un mode de vie au rythme de la famille, dans un environnement chaleureux favorisant les contacts.

Toutes les familles sont sélectionnées par le service spécialisé, elles sont indemnisées des frais occasionnés par une personne supplémentaire. Les réseaux de famille d'accueil se situent souvent en province (dans les grandes villes on dispose rarement de la chambre supplémentaire qui permettrait de recevoir).

²²⁴ Les appartements thérapeutiques ne constituent pas en France des unités autonomes sur le plan juridique et budgétaire ; ils sont gérés par un CSAPA le plus souvent ambulatoire et représentent un des services offerts par le CSAPA.

Elles conviennent tout particulièrement à des personnes qui ont besoin d'un cadre (et qui savent le respecter), mais ne souhaitent pas vivre en collectivité, ou dans un environnement trop institutionnel. La personne hébergée reste suivie par le centre de soins, et la famille est soutenue par un travailleur social à qui elles peuvent exposer les éventuels problèmes rencontrés.

Le développement de ces réseaux se heurte à la difficulté à recruter des familles motivées et, au-delà du défraiement, à la question de la rémunération des familles.

En 2008, 6 CSAPA géraient un réseau de famille d'accueil offrant au total 47 places.

Des hébergements collectifs

Centres thérapeutiques résidentiels (CTR)

Les Centres thérapeutiques résidentiels proposent l'ensemble des services des CSAPA, mais dans le cadre d'un hébergement, collectif ou éclaté. Ils visent à favoriser et soutenir chez les usagers une dynamique de changement, appuyée sur un programme thérapeutique qui peut varier selon les établissements. Ils sont proposés lorsque les dispositifs ambulatoires ou individuels apparaissent insuffisants, du fait d'un environnement dégradé, de comorbidités somatiques ou psychiatriques, de problématiques sociales lourdes, qui empêchent la personne de bénéficier pleinement du traitement, ou lorsque celle-ci nécessite un environnement sécurisant et protecteur, sans pour autant nécessiter une hospitalisation.

Située en environnement urbain ou rural, l'offre résidentielle de soins procure un environnement sûr et sans drogues. Les activités proposées visent à restaurer un rythme de vie ainsi que des capacités relationnelles satisfaisantes pour la personne, ainsi qu'à permettre le développement d'aptitudes personnelles favorisant la prévention de la rechute. Ces établissements favorisent la mise en œuvre d'un projet de vie incluant le soin.

Ces programmes résidentiels bénéficient d'une présence professionnelle continue et fournissent habituellement un soutien psychologique (individuel et/ou collectif), psycho éducatif, médical et un suivi social incluant des actions de réinsertion. Ils doivent aussi être en lien avec des services médicaux et psychiatriques, des services de soutien à l'insertion et à l'accès au logement, afin de répondre aux besoins des patients.

La vie quotidienne se partage entre les activités thérapeutiques (entretiens individuels, réunions de groupe) et des activités collectives ou tournées vers l'insertion. Ces activités peuvent se dérouler en interne, ou à l'extérieur de l'établissement. Il est souvent possible après quelques temps de séjour de reprendre une activité professionnelle tout en restant hébergé et accompagné. L'environnement familial peut y être pris en compte, afin par exemple de préparer un retour en famille, ou dans le cadre d'un soutien à la parentalité.

La durée de traitement résidentiel, réglementairement fixée à une année maximum, doit tenir compte du délai nécessaire pour que le patient puisse acquérir une autonomie suffisante pour évoluer vers un cadre de traitement plus ouvert (appartements thérapeutiques, centre de soins ambulatoires par exemple) ou vers une insertion sociale et/ou professionnelle. La prise en

charge en CTR peut être anonyme²²⁵, à la demande de l'usager, et elle est gratuite, financée par l'Assurance maladie.

Certains CTR visent des publics particuliers : deux établissements en France sont plus particulièrement orientés vers la prise en charge des mineurs, certains ont développé une section destinée à des femmes accompagnées d'enfants. Un seul établissement s'appuie sur le modèle Minnesota, et travaille en lien avec les réseaux des Alcooliques anonymes et des Narcotiques anonymes.

On comptait en 2008, 35 centres thérapeutiques résidentiels offrant globalement environ 440 places d'hébergement. Environ 1 500 patients ont été hébergés en 2008 dans ces centres.

Les communautés thérapeutiques :

Les communautés thérapeutiques se définissent comme des centres résidentiels de long séjour ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polytoxicomanies, etc.) qui leurs procurent un environnement sûr et sans drogues dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles d'identifications positifs et par la pression du groupe. Cette approche vise à aider les résidants à développer leurs capacités à gérer leurs stress et leur détresse sans drogues, à reprendre confiance en eux-mêmes et à avancer progressivement sur la voie de l'autonomie et de la resocialisation par une responsabilisation croissante.

Ces programmes concernent actuellement des patients trop difficiles pour être réellement en mesure de pouvoir retirer des bénéfices durables de programmes ambulatoires ou de traitements résidentiels « brefs » (CTR) : il s'agit, par exemple, des patients ayant de nombreux antécédents d'échecs de prise en charge antérieures et/ou présentant des troubles psychiatriques associés ou une désocialisation majeure.

Les communautés thérapeutiques françaises tiennent compte de leur environnement, et représentent un mode de prise en charge complémentaires aux dispositifs existants. Moins rigides que leurs homologues anglo-saxonnes, elles proposent aux usagers qui le souhaitent un accompagnement vers l'abstinence, lorsque cela est médicalement possible. Compte tenu des comorbidités psychiatriques fréquentes, les traitements psychiatriques peuvent y être poursuivis.

Leur fonctionnement est organisé autour de quatre axes principaux :

- La structuration du temps : le séjour est structuré en phases plus ou moins longues, fonction de l'avancement de la personne dans sa capacité à gérer les tâches qui lui sont confiées, les relations avec ses pairs et le personnel d'encadrement, sa capacité à gérer ses éventuels « cravings ». La journée est également structurée en différents temps d'activités thérapeutiques et/ou organisationnelles.
- Le groupe : il est postulé que le groupe a la capacité de résoudre les problèmes qui surgissent au décours de son fonctionnement. Le groupe est sollicité pour soutenir chacun de ses membres par la promotion d'une dynamique d'entraide.

²²⁵ Cette possibilité d'anonymat est la conséquence de la pénalisation de l'usage.

La plupart des activités thérapeutiques reposent sur des situations collectives (groupes de parole de diverses natures).

- L'abord émotionnel : il s'agit de permettre la verbalisation « ici et maintenant » des émotions ressenties par les personnes, et de faciliter par cette verbalisation la gestion des émotions et la résolution des conflits.
- La responsabilisation : au fur et à mesure de leur avancement dans leur parcours, les usagers voient leurs responsabilités augmenter, que ce soit dans l'encadrement d'usagers moins avancés, ou dans la participation aux décisions concernant la vie de la communauté.

Les communautés peuvent également s'appuyer sur des ateliers (ergothérapie par exemple), ou sur des dispositifs d'insertion (chantiers d'insertion, permettant une rémunération des personnes qui y participent). Les communautés thérapeutiques allient un abord cognitivo-comportemental et un abord psychodynamique. Elles peuvent développer en leur sein des programmes spécifiques (prévention de la rechute, féminité, etc.) adaptés à une partie de leur public. Elles font l'objet d'une évaluation spécifique. Une communauté thérapeutique en instance d'ouverture est plus précisément destinée à accueillir des femmes accompagnées d'enfants.

En 2008, il existait 6 communautés thérapeutiques qui représentaient globalement une capacité d'hébergement de près de 200 lits. Depuis 2008, quatre nouvelles communautés thérapeutiques ont vu le jour. La capacité totale d'hébergement de ces communautés thérapeutiques s'élève en 2012 à 350 lits.

[Durée de séjour et motifs de sortie des patients hébergés dans les centres thérapeutiques résidentiels et dans les communautés thérapeutiques](#)

En 2008, les patients accueillis dans les centres thérapeutiques résidentiels ou les communautés thérapeutiques ont été principalement pris en charge par des éducateurs spécialisés ou des animateurs (56 % des actes) et par du personnel infirmier (33 % des actes). Médecins généralistes, psychiatres et psychologues assuraient de leur côté 22 % des actes.

La durée moyenne d'hébergement dans ces centres était en 2008 d'environ 100 jours. Pour un peu plus de la moitié des patients ayant terminé un séjour en 2008, la durée de séjour se situait entre 1 et 3 mois, pour un peu plus d'un quart entre 3 et 6 mois et pour près d'un sur cinq plus de 6 mois. Environ un patient sur quatre a terminé son séjour à la date prévue avec le personnel soignant. Près d'un patient sur dix a été réorienté vers une autre structure plus adaptée à sa situation. Environ 2 patients sur 10 ont été exclus par le centre de soins et près de 3 patients sur 10 ont quitté le centre avant la date prévue de leur propre initiative.

Ces données décrivent surtout la situation dans les centres thérapeutiques résidentiels beaucoup plus nombreux que les communautés thérapeutiques et ne rendent pas compte des spécificités de ce deuxième type de centre avec hébergement, d'autant plus que leur date de création est récente et que ces centres étaient encore en développement au moment de l'enquête.

[Les CHRS addictologiques](#)

Comme il a été dit plus haut, leur création est le produit d'une époque où la réflexion sur les soins aux personnes souffrant d'addiction en était à ses débuts. Ils reçoivent essentiellement des personnes en difficulté avec l'alcool, et aspirent pour la plupart à devenir des SSR ou des

CSAPA. Dans la perspective de la mise en place de l'addictologie englobant alcool et drogues illicites, certains s'ouvrent progressivement aux usagers de drogues illicites.

Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale à orientation addictologique se donnent pour mission :

- d'accueillir toute personne présentant une problématique addictive, en démarche d'abstinence, pouvant présenter des polydépendances ;
- d'accueillir des mères avec leurs enfants, des femmes enceintes dans le cadre de la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- d'accompagner ces personnes vers une réinsertion de qualité en tenant compte des aspects somatiques, psychiques et sociaux ;
- de poursuivre éventuellement cet accompagnement, dans le cadre d'un service de suite.

Il existe 11 CHRS autrefois orientés vers l'alcoologie, représentant 448 lits (sources FNESAA-COPAAH). Leur fonctionnement est très proche de celui des CSAPA avec hébergement.

Certains envisagent d'évoluer vers un statut de CSAPA avec hébergement, en Centre thérapeutique résidentiel, ou en appartement thérapeutique.

Sanitaire

Soins de suite et de réadaptation en addictologie

Issus essentiellement du champ de la prise en charge de l'alcoolisme, ces établissements s'ouvrent progressivement à d'autres addictions. Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation.

La prise en charge vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Ils assurent en plus du suivi médical une aide psychothérapeutique individuelle et collective, un programme socio-éducatif destiné à favoriser la réadaptation à une vie sociale.

Selon les complications et déficits qu'entraînent les addictions, ils peuvent être plus particulièrement orientés vers la prise en charge des complications somatiques, des troubles psychologiques ou psychiatriques, des troubles neurologiques et cognitifs, ainsi que vers la réadaptation sociale.

Les SSRA sont une des composantes des structures addictologiques hospitalières. Ils accueillent en hospitalisation des patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes.

Le champ de compétence des SSRA s'étend aux conduites addictives aux substances psychoactives associées ou non à d'autres addictions comportementales.

Il existe actuellement 70 services de soins de suite et de réadaptation en addictologie avec une capacité globale de 2 305 lits. Jusqu'en 2010 ces services accueillaient presque exclusivement des patients en difficulté avec l'alcool.

11.2.2. Les modalités d'intervention

Travail en réseaux

Les établissements sont invités à passer des conventions avec les partenaires indispensables à leur action. Il existe ainsi des conventions avec des CSAPA ambulatoires, afin d'assurer la suite de soins en aval, avec des services hospitaliers d'addictologie, pour assurer les sevrages simples et complexes, avec des services de médecine, avec des services de psychiatrie, afin de mieux prendre en charge les personnes présentant un « double diagnostic », avec l'Aide sociale à l'enfance, lorsque des mineurs sont hébergés, avec des CAARUDS, par exemple pour accompagner les éventuelles rechutes dans une perspective de réduction des risques, ou pour participer à la mission de réduction des risques des CSAPA, ou encore avec les services de l'Administration pénitentiaire pour les centres avec hébergement qui reçoivent des détenus...

Dans tous les cas, le séjour en établissement résidentiel est conçu comme une étape dans un parcours de soin, impliquant l'ouverture du dispositif à l'ensemble des acteurs de ce parcours.

L'origine des addictions étant posée comme multifactorielle, les traitements associent le plus souvent plusieurs approches : pharmacothérapies, psychothérapies, approches corporelles, aide à l'insertion... C'est la conjonction de ces approches, à égalité d'intérêt, ainsi que les regards croisés portés par différents professionnels, qui apparaissent pertinents.

11.3. Management de la qualité

Tous les CSAPA ainsi que les communautés thérapeutiques sont des établissements médico-sociaux et relèvent à ce titre de la loi 2002-2, laquelle prévoit les modalités d'évaluation des établissements, et impose un certain nombre de normes et d'outils, en particulier en matière de représentation des usagers.

En particulier chaque établissement doit :

- disposer d'un livret d'accueil, présentant l'établissement ;
- disposer d'un règlement de fonctionnement ;
- établir avec chaque usager un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge ;
- informer l'usager de ses droits et de ses possibilités de recours ;
- afficher dans l'établissement la charte de la personne hébergée ;
- organiser un « Conseil de vie sociale », instance d'expression des usagers de l'établissement, comportant aussi des membres extérieurs à l'établissement.

Par ailleurs, chaque établissement doit disposer d'un projet d'établissement validé par l'autorité de contrôle, et s'inscrire dans un processus d'amélioration de la qualité, impliquant la mise en œuvre d'évaluations interne et externe régulières, ces dernières intervenants impérativement avant le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

11.3.1. Disponibilité de référentiel et de standards

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) produit des référentiels²²⁶ auxquels les établissements doivent se conformer, ainsi que des recommandations de bonnes pratiques.

Certaines recommandations s'appliquent à l'ensemble des établissements médico-sociaux, telles « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »²²⁷, ou celles relatives à l'évaluation interne et externe des établissements²²⁸. D'autres sont plus spécifiques telle « la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »²²⁹.

La Fédération addiction, ONG regroupant la majorité des établissements médico-sociaux d'addictologie, prépare avec le soutien des pouvoirs publics et au moyen d'une démarche participative associant l'ensemble des établissements concernés, un guide des bonnes pratiques en CSAPA avec hébergement²³⁰.

Référentiels nationaux et locaux

La Fédération addiction, a également développé un référentiel à l'intention de ses membres²³¹, afin de les aider à l'auto-évaluation. Il permet d'analyser différents domaines de fonctionnement des établissements :

- L'adéquation de la réponse aux besoins du public ;
- Les partenariats et l'inscription dans l'environnement ;
- Le respect des droits et devoirs des usagers et leur participation ;
- Le management des ressources humaines ;

²²⁶ La liste exhaustive des référentiels de l'ANESM est disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=10

²²⁷ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Saint Denis, ANESM, 2008, 47 p. : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=128

²²⁸ Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Évaluations internes et externes. Fiches pratiques élaborées à partir des expériences du réseau FNARS, Paris, FNARS, 2010, 95 p :<http://www.fnars.org/index.php/ressources-documentaires-evaluation/125-ressources-documentaires/2371-un-outil-pour-le-reseau-fnars>

²²⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Saint Denis, ANESM, 2010, 96 p :http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=371

²³⁰ Fédération addiction. Guide méthodologique « Mener l'évaluation interne : pas de panique ! », 2008 : <http://www.federationaddiction.fr/guide-methodologique-mener-levaluation-interne-pas-de-panique/>

²³¹ Fédération addiction. Un référentiel d'évaluation interne pour les CSAPA et CAARUD, 2012 : <http://www.federationaddiction.fr/un-referentiel-dauto-evaluation-pour-les-csapa-et-caarud/>

- La gestion administrative et financière ;
- Le premier accueil ;
- L'information ;
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation ;
- L'accompagnement ;
- La réduction des risques ;
- L'hébergement et ses modalités.

D'autres référentiels, intégrant les directives données par l'ANESM, ont été élaborés parfois par les établissements eux-mêmes, ou des groupes d'établissements.

Résultats, documentation et évaluation

Chaque établissement est tenu de rendre chaque année à la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé dont il dépend un rapport retraçant son activité. Cependant la diversité des publics accueillis et des modalités de fonctionnement des établissements (accueil ou non de comorbidités psychiatriques sévères, d'usagers précarisés, etc.) rendent difficile une évaluation globale de leurs résultats qui ne tiendrait pas compte de la situation de départ des usagers.

Il convient de souligner que les appels à projets les plus récents (Communautés thérapeutiques, hébergement mères enfants, personnes sortant de détention...) ont inscrit dans les cahiers des charges de ces dispositifs la nécessité de mettre en œuvre une procédure d'évaluation.

Liens entre financement et « reporting »

Le rapport transmis chaque année à la délégation territoriale de l'Agence régionale met en perspective l'utilisation du budget qui lui a été alloué et l'activité de l'établissement.

Par ailleurs, un dispositif national de recueil d'information a été mis en place depuis 2005, dénommé « RECAP » (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), permettant d'analyser les grandes tendances dans l'évolution des publics et des consommations. Cette connaissance permet de réorienter chaque fois que nécessaire l'activité des établissements et les politiques publiques.

11.4. Discussion et perspectives

11.4.1. Tendances dans la demande d'accès aux traitements pendant la dernière décennie

La dernière décennie a été marquée par plusieurs faits marquants. Nous en citerons trois, qui ont eu un impact certain sur le développement des dispositifs de soin avec hébergement.

Le premier est l'avènement de l'addictologie, regroupant les problématiques alcool, tabac, drogues illicites et addictions sans substances sous une même bannière. Pour autant l'histoire séparée de ces secteurs a laissé des traces qui ne s'estompent que lentement : le secteur de l'alcool, principalement géré par le secteur hospitalier, s'ouvre progressivement aux drogues illicites, mais les besoins en matière d'alcool restent immenses. Les CSAPA avec hébergement accueillent toujours majoritairement des consommateurs de drogues illicites, mais se sont ouverts à l'alcool, tant il est vrai qu'il reste souvent le dernier produit utilisé après l'arrêt de tous les autres. Cependant, le traitement résidentiel des usagers de drogues illicites occupe une place moins centrale qu'auparavant, les possibilités de traitements ambulatoires s'étant largement développées, en particulier depuis la mise sur le marché de traitements de substitution efficaces. Les CSAPA ambulatoires disposent de plateaux techniques médico-sociaux permettant un accompagnement au long cours des usagers de drogues. De nombreux médecins de ville se sont également impliqués, capables de traiter à travers les réseaux de soins de nombreuses addictions dès lors qu'elles ne présentent pas de complications majeures.

Le deuxième fait marquant est lié à l'évolution des consommations qui a amené la cocaïne sur le devant de la scène, en particulier sous la forme de crack, ce qui a conduit à reconstruire les modèles de soins essentiellement pensés pour les héroïnomanes. Mais la cocaïne a aussi mis en évidence les consommations « festives », en particulier de psychostimulants, qui dérapent parfois et nécessitent un accompagnement soutenu. Les consommateurs sont aussi d'âge très variable, avec toujours de nombreux jeunes, mais aussi des utilisateurs plus âgés, confrontés à des problématiques de santé importantes, pour lesquels une insertion professionnelle n'apparaît plus pertinente.

Le troisième élément à prendre en compte est la crise économique, qui fragilise des populations déjà vulnérables : les jeunes en errance, et aussi les plus âgés, les personnes sortant de détention, les femmes, en particuliers lorsqu'elles sont accompagnées d'enfants, les personnes malades en particulier infectées par le VIH ou le VHC, les personnes étrangères sans titre de séjour, etc.

Ce contexte difficile s'est traduit par une évolution majeure de la place et du fonctionnement des dispositifs résidentiels : autrefois dispositifs de premier recours, ils s'inscrivent désormais dans un parcours de soins et un réseau de partenaires, tant en amont qu'en aval. Ils développent davantage de technicité, en proposant des programmes de soins complexes associant pharmacothérapies, psychothérapies, sociothérapies, et s'adressant à des publics nécessitant la mobilisation de davantage de ressources, les dispositifs résidentiels concentrant les cas les plus lourds. L'ouverture de communautés thérapeutiques a permis depuis 2006 de recevoir une partie de ces publics, souvent plus éloignés de l'insertion. Cependant les besoins restent importants et en partie non couverts, comme l'ont montré deux enquêtes (Coquelin *et al.* 2009; Palle Non publié) effectuées dans le cadre du groupe de travail « hébergement » de la commission addiction du ministère de la Santé, mettant en évidence la nécessité de développer des réponses diversifiées en matière d'accès à des hébergements thérapeutiques pour les usagers de drogues.

Au confluent des deux secteurs sanitaire et social, les établissements résidentiels médico-sociaux doivent cependant tenir compte des évolutions en cours : le développement des réponses sanitaires d'un côté, en particulier les services de soins de suite et de réadaptation et, parallèlement, la « refondation » du secteur social, et les expérimentations visant l'accès inconditionnel au logement (par exemple les dispositifs de type « Housing first »).

Cela conduit à poursuivre l'effort dans plusieurs directions : d'une part, il est nécessaire de travailler à une meilleure acceptation des personnes en situation d'addiction par les dispositifs dits « de droit commun », œuvrant dans le champ de l'hébergement et de l'insertion. Il faut d'autre part poursuivre l'ouverture de dispositifs résidentiels visant l'accueil des publics en situation de « sur-exclusion », ceux qui ne peuvent accéder directement aux dispositifs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, en les inscrivant dans de larges réseaux partenariaux. Et enfin, il sera nécessaire de poursuivre les travaux visant à identifier les profils d'usagers pouvant bénéficier des différentes modalités d'accompagnement résidentiel afin de mieux les orienter.

Références complémentaires

- Carreau-Rizzetto, M.C. and Sztulman, H. (2003). Comorbidité et communauté thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques* 161 (4) 290-295.
- Commission Addiction (2009). *Rapport du groupe de travail Hébergement, Ministère de la Santé*. Non publié.
- Couteron, J.P. and Van Der Straten, G. (2011). Place de la communauté thérapeutique dans l'indication d'un soin résidentiel. Ou comment les aider à gérer leurs stress et leur détresse sans substance. *Le Courrier des Addictions* 13 (1) 26-29.
- Delile, J.M. (2011). Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? *Psychotropes* 17 (3-4) 29-57.
- Delile, J.M. and Couteron, J.P. (2009). Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcoologie et Addictologie* 31 (1) 27-35.
- Demange, J.P. (2011). La communauté thérapeutique ? Oui, mais pas tout de suite ! *Psychotropes* 17 (3-4) 59-83.
- Denis, C., Langlois, E., Fatseas, M. and Auriacombe, M. (2012). Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels. *Psychotropes* 17 (3-4) 85-101.
- Diop-Ben-Geloune, A. and Barrague, C. (2001). Appartements thérapeutiques : Considérations sur la cadre "appartement thérapeutique" et l'espace transitionnel ; Les objectifs des appartements thérapeutiques. *Interventions* 18 (2) 14-19.
- Gastfriend, D.R. and Mee-Lee, D. (2003). The ASAM patient placement criteria: context, concepts and continuing development (Editorial). *Journal of Addictive Diseases* 22 (Suppl.1) 1-8.
- Hervé, F. (2001). L'hébergement thérapeutique : évolution d'une idée. *Interventions* 18 (2) 3-13.
- Hervé, F. (2003) Hébergement et thérapeutique. Allocution de clôture. *Journées de l'Anit*. Amiens, ANIT.
- Hervé, F. (2012) Addictions, précarité et sur-exclusion. *Journées nationales de la Fédération Addiction*. Toulouse.
- Hervé, F. and Pedowska, D. (2011). Une communauté thérapeutique hors les murs : intérêt, faisabilité et perspectives. *Psychotropes* 17 (3-4) 9-27.
- Meier, P.S. and Best, D. (2006). Programme factors that influence completion of residential treatment. *Drug and Alcohol Review* 25 (4) 349-355.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). *La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011*. Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.
- Morel, A., Hervé, F. and Fontaine, B. (1998). *Soigner les toxicomanes*. Dunod, Paris.
- Neira, R. (1988). Les familles d'accueil et les centres de traitement spécialisés pour toxicomanes : quelle collaboration pour quelle prise en charge ? *Pour une clinique du toxicomane, VIIes journées de Reims, 3 et 4 décembre 1988*. ACTES (Association du Centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes), Reims.
- Nominé, P. (1995). Centres d'hébergement collectif : prolégomènes. *Interventions* (49) 35-37.
- Smith, L.A., Gates, S. and Foxcroft, D.R. (2008). Therapeutic communities for substance related disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (n°4) CD005338 ; 005341 p.
- Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J. and Strang, J. (2000). Variation between and within drug treatment modalities: data from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *European Addiction Research* 6 (3) 106-114.
- Tosquellas, J. (2001). Hébergement thérapeutique. De l'espace contenant au dispositif complexe. *Interventions* 18 (3) 3-25.

Van Der Straten, G. (2011). Une communauté thérapeutique à la frontière entre deux cultures.
Psychotropes 17 (3-4) 117-125.

12. Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues

Ce travail a pour objectif d'examiner comment la politique budgétaire de la France en matière de drogues s'est vue affectée par la crise économique qui a débuté en 2008.

Avant de tenter de déterminer à quel point cette crise a conduit la France à une politique d'austérité dans ses dépenses publiques en matière des drogues, ce travail décrit l'évolution des données économiques et l'impact de la crise sur les comptes nationaux. Il présente ensuite des estimations des tendances récentes de la dépense publique liée aux drogues, les méthodes utilisées et leurs principales limites.

12.1. La Grande récession de 2007-2009

Cette première partie est consacrée à l'évaluation de l'impact de la crise sur les finances publiques françaises.

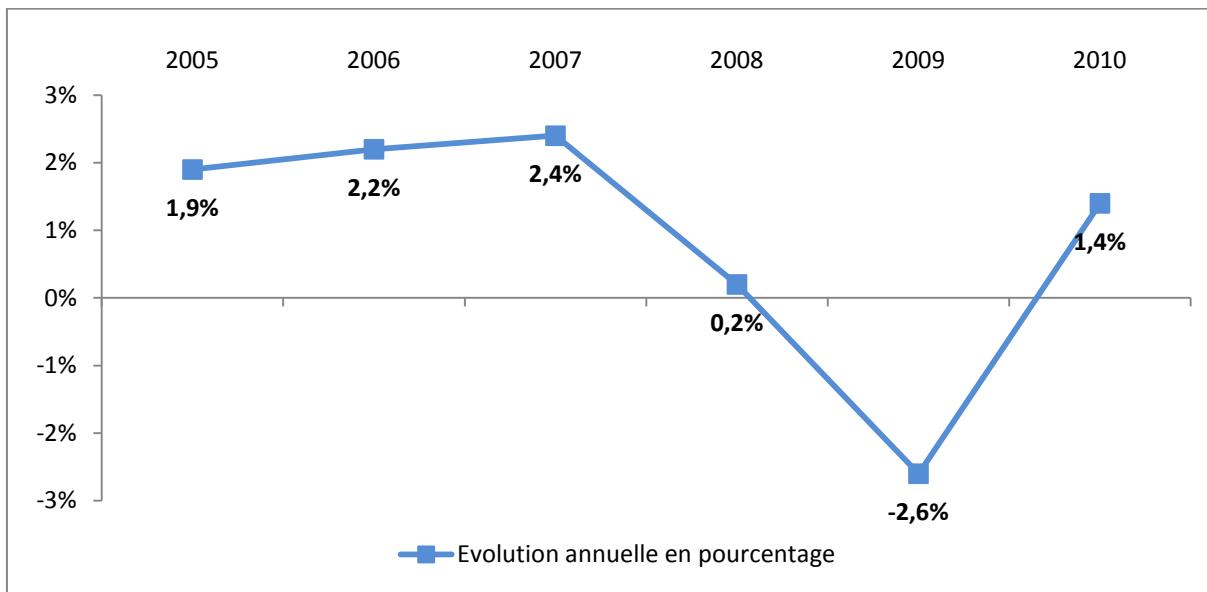
12.1.1. Le ralentissement économique global

À la fin des années 2000, les économies des pays développés ont connu la récession économique la plus sévère depuis cinq décennies. Selon le *United States Bureau of Economic Research* (Bureau national de la recherche économique des États-Unis), la Grande récession a été déclenchée par l'effondrement du marché du logement et par l'éclatement de la bulle financière en décembre 2007.

La crise financière s'est rapidement propagée à toute l'Europe. Au deuxième trimestre de 2008, l'économie de la zone euro enregistrait une contraction de 0,2 %. Elle connu un nouveau recul au cours du troisième trimestre 2008 qui a mis la zone euro en récession technique. C'est la première fois depuis la création de cet ensemble en 1999 que son économie s'est contractée pendant deux trimestres consécutifs.

La France n'est pas entrée en récession, mais son économie a également connu un fort ralentissement au cours du deuxième semestre 2008. En 2009, l'économie française s'est contractée de – 2,6 % en moyenne après avoir enregistré une croissance annuelle de 0,2 % en 2008.

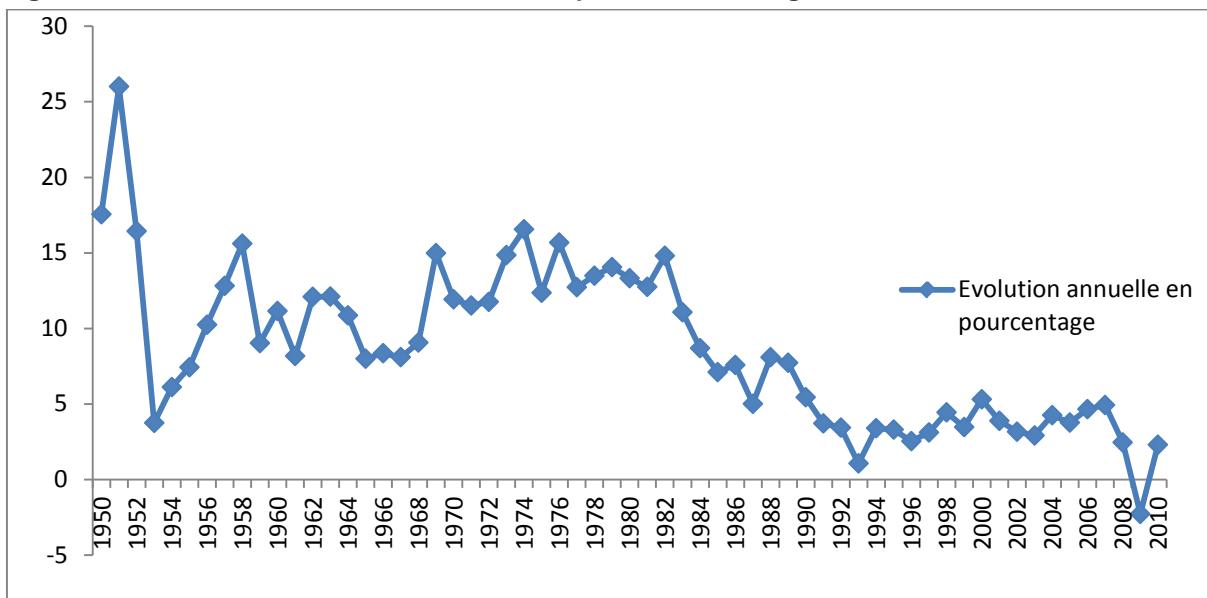
Figure 12-1 : Tendance récente de la croissance en France



Source : annexe statistique de « European Economy : Long-term macroeconomic series », EC (Été 2011) à partir des sources nationales.

À l'instar de toutes les économies industrielles à travers le monde, la France a connu en 2008-2009 sa crise économique la plus sévère depuis la fin de la Seconde guerre mondiale. Si l'économie française avait eu à surmonter difficultés (le premier choc pétrolier, la crise économique de 1993, le ralentissement global de la croissance en 1999 pour n'en citer que quelques unes), son activité économique ne s'était jamais réduite autant qu'en 2009.

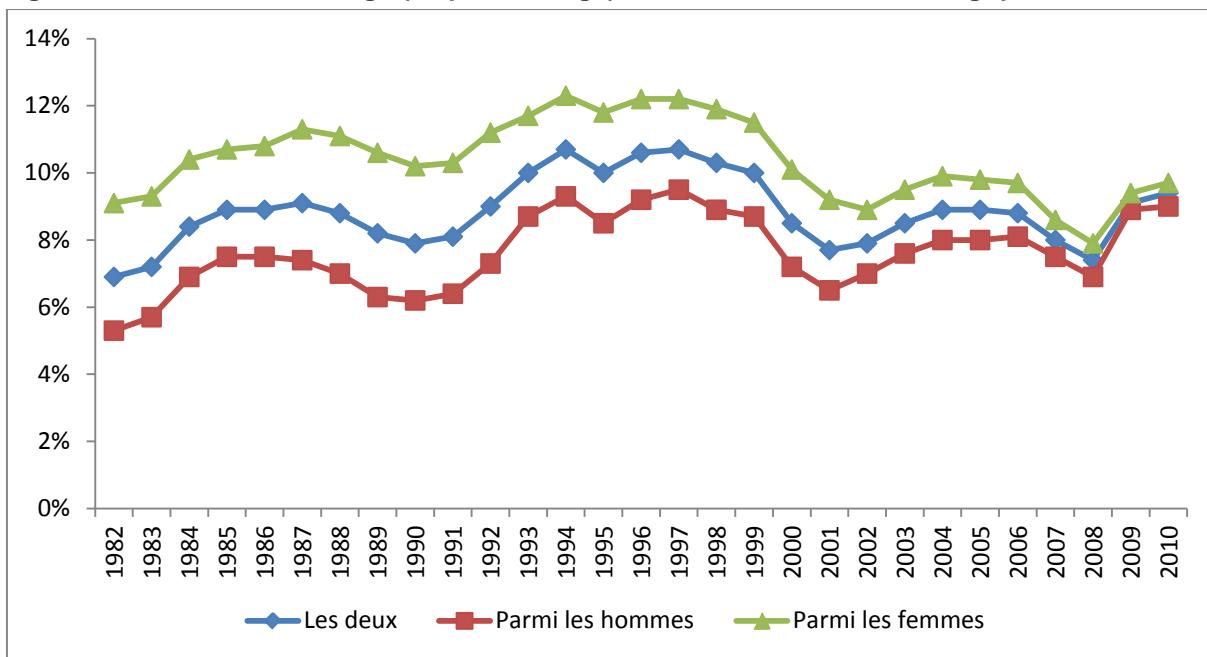
Figure 12-2 : Croissance du PIB en France depuis la Seconde guerre mondiale



Source : INSEE, Comptes nationaux, base 2005

Le marasme économique a produit une forte augmentation du chômage, touchant plus particulièrement les secteurs marchands non-agricoles.

Figure 12-3 : Taux de chômage (en pourcentage) en France. Séries chronologiques de 1982 à 2010



Source : INSEE, enquête emploi

12.1.2. Les mesures économiques gouvernementales pour combattre la récession : une augmentation de la dépense publique pour soutenir l'activité.

En décembre 2008, le gouvernement a lancé un plan de relance économique pour combattre la récession. Mis en œuvre en 2009, le plan de sauvetage de 26 M€ comprenait 11 M€ destinés à aider les entreprises à améliorer leur trésorerie, 11 M€ d'investissement directs de l'État et 4 M€ pour l'amélioration des infrastructures (en particulier la modernisation du réseau ferroviaire) et des services publics (énergie et poste). Le plan de relance représentait 1,4 % du PIB.

Bien que la récession n'ait pas été évitée, les investissements dans le secteur public ont considérablement soutenu l'activité économique globale. En 2009, la consommation étatique s'est accrue de 2,7 % après une croissance moindre de 1,7 % en 2008. La consommation privée s'est maintenue à un niveau satisfaisant (0,6 % de croissance annuelle en 2009, après 0,5 % en 2008).

Le déclin de l'activité en 2009 est principalement dû à une baisse très importante des exportations. En 2009, elles ont reculé de 12,4 % principalement en raison d'un commerce mondial léthargique. Le ralentissement des exportations a commencé en 2007 avec une croissance moyenne de 2,5 % alors qu'elle avait été de 4,8 % en 2006.

En plus du recul des exportations, la contraction de l'activité économique enregistrée en 2009 peut s'expliquer également par une importante réduction de l'investissement des entreprises, essentiellement en raison d'une pénurie en fonds d'investissement en 2008 et de faibles

perspectives de l'activité économique. La formation brute de capital fixe (FBCF) – terme qui désigne l'investissement dans la comptabilité nationale française – a chuté de 7,1 % en 2009, après une moyenne de 0,4 % sur 2008. Le recul de la demande totale a entraîné une réduction substantielle des importations.

Tableau 12.1 : Évolution annuelle en pourcentage par rapport à la période antérieure (jours d'activité, données saisonnières ajustées)

	2008	2009
PIB	+0,2	-2,6
Importations	0,6	-10,7
Dépense publique	1,7	2,7
Consommation privée	0,5	0,6
Exportations	-0,5	-12,4
Formation brute de capital fixe	0,4	-7,1

Source : *Comptes nationaux trimestriels, INSEE*

12.1.3. Menaces engendrées par la crise de la dette souveraine

L'activité atone a engendré le déclin des recettes de l'État qui ont chuté de 49,5 % du PNB en 2008 à 48,7 % en 2009. Malgré cette diminution, la dépense publique a continué d'augmenter (passant de 52,9 % du PNB en 2008 à 56,2 % en 2009) (INSEE, données officielles). Ce déclin des recettes est la conséquence d'un recul de la collecte de l'impôt tant sur le revenu que sur les entreprises et d'une diminution de la contribution des employeurs. La faiblesse de l'activité s'est traduite par des ressources disponibles amoindries. Le gouvernement français n'a pas eu d'autre choix que d'augmenter la dette souveraine. Avant la crise, la dette publique²³² s'élevait à 60 % du PIB (produit intérieur brut). Depuis le déclenchement de la récession, elle a vigoureusement augmenté pour atteindre 78,3 % du PIB au cours du quatrième trimestre 2009, 81,7 % un an plus tard, pour s'élever à 85,8 % au cours du quatrième trimestre 2011. Selon l'INSEE, la France a enregistré en 2011 un déficit dépassant 7 % du PIB.

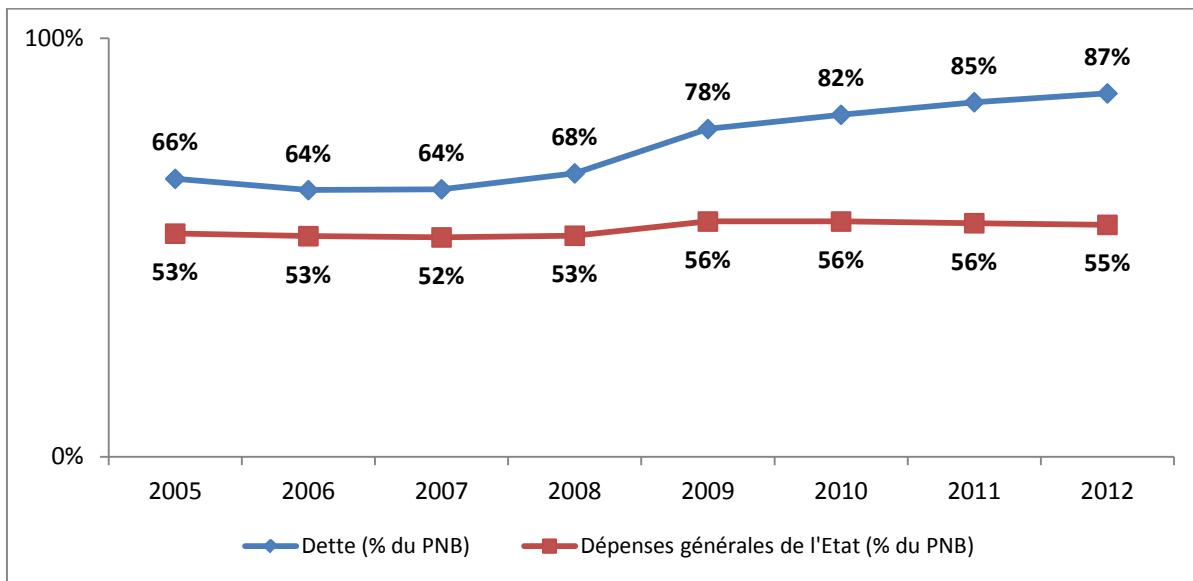
Tableau 12.2 : Dette publique, telle que définie par le Traité de Maastricht, comme Q4 2011 par secteur (milliards d'euros)

	Q4 2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011
Dette publique	1 595,2	1 650,0	1 696,2	1 692,5	1 717,3
% du PIB	82,3 %	84,7 %	86,3 %	85,5 %	85,8 %
Dont, par secteur :					
État	1 245,0	1 286,2	1 338,7	1 330,1	1 335,2
Administrations centrales	14,1	11,0	9,8	9,9	10,4
Administrations locales	161,1	157,2	154,3	153,4	166,3
Sécurité sociale	175,0	195,7	193,4	199,1	205,4

Source : *Comptes nationaux, INSEE, DGFiP, Banque de France*

²³² La dette brute.

Figure 12-4 : Dette souveraine et part du PIB en dépense publique en France depuis 2005



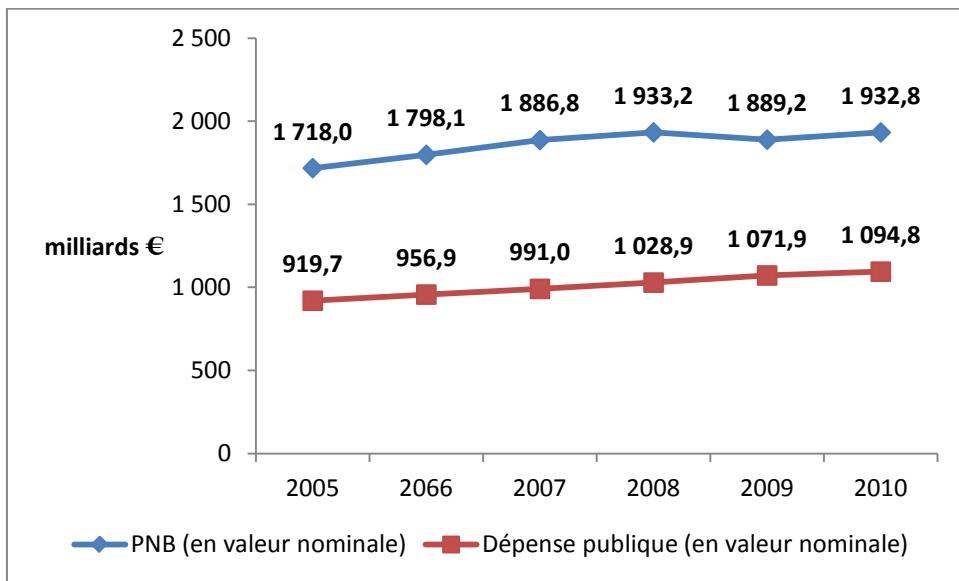
Source : *Statistical Annex of European Economy: Long-term macroeconomic series, EC (Spring 2011)*. Les chiffres pour 2011 et 2012 sont des prévisions formulées par la Commission européenne en utilisant les définitions et les dernières données disponibles à partir des sources nationales.

12.1.4. Ressources publiques disponibles pour consommer ou investir

Après quatre trimestres négatifs, l'activité économique a repris de façon cependant modérée. Selon l'INSEE, le PIB en volume s'est accru de 1,4 % en 2010, niveau de croissance qui reste très inférieur à celui atteint avant la crise (2,4 % en 2007). En 2010, le PIB atteignait 1 932,8 milliards d'euros, montant légèrement inférieur au PIB de 2008.

En ce qui concerne les évolutions récentes de la dépense publique, il apparaît que la crise n'a pas engendré une réduction de la dépense publique sur la période de référence. Cependant, la croissance de la dépense publique s'est nettement ralentie en 2010 (voir Figure 5). Avant la crise, la dépense publique annuelle augmentait à un taux d'environ 4 %. En 2010, la croissance de la dette publique a décéléré pour atteindre 2 %. Les prévisions pour 2011 et 2012 indiquent une décélération graduelle de la dépense publique : 1,8 % en 2011 et 0,5 % en 2012.

Figure 12-5 : Dépense publique comparée au PIB



Source : *Compte nationaux, base 2005, INSEE*

12.2. Dépense publique dans les principaux domaines couverts par les interventions liées aux drogues

Cette seconde partie est consacrée à l'analyse de l'impact de la décélération de la dépense publique globale sur les dépenses publiques liées aux drogues.

12.2.1. Évolution et répartition de la dépense globale liée aux drogues

En France, la question de la dépense publique liée aux drogues a déjà été abordée dans des études antérieures (Ben Lakhdar 2007b). Les coûts liés à la lutte contre les drogues ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge des addictions ont déjà fait l'objet d'évaluations dans trois études précédentes. Kopp et Fenoglio ont estimé la dépense publique par les autorités françaises pour la politique des drogues illicites à 729,62 M€ en 1995, montant auquel il faut ajouter l'estimation des dépenses attribuées à l'alcool qui s'établissait à 128,45 M€ en 1997 (pas d'estimation disponible pour le tabac ni en 1995 ni en 1997). En 2003, elles étaient estimées, toutes drogues confondues (hors coûts des traitements imputables aux drogues), à 1 159,12 millions d'euros (Kopp *et al.* 2006). En 2005, Ben Lakhdar fournit une nouvelle estimation pour les drogues illicites en utilisant une méthode différente (Ben Lakhdar 2007b). Selon cette estimation, les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites s'élevaient à 1 169,9 millions d'euros (hors coûts des traitements imputables aux drogues illicites).

Une approche alternative est ici adoptée pour fournir une nouvelle estimation des coûts directs engendrés par la politique des drogues de 2008 à 2010. Les chiffres pour 2011 et 2012 ne sont indiqués que lorsque les prévisions sont disponibles. Les données relatives aux dépenses publiques pour la période de référence englobent les dépenses fléchées « drogues » ainsi que les estimations de coûts attribuables à la politique de prévention des addictions et de lutte contre

les drogues (alcool, tabac et drogues illicites). Les dépenses relatives aux drogues illicites n'ont pas pu être isolées de celles relatives à l'alcool ou au tabac (approche globale des addictions).

Les dépenses fléchées « drogues » sont celles qui sont identifiées en tant que telles dans le budget. Il n'est pas utile de recourir à des méthodes de calcul pour les budgets identifiés. Des séries chronologiques pour cette catégorie de dépenses sont fournies régulièrement. Cependant, des variations dans la composition des dépenses fléchées rendent la comparaison difficile entre 1995 et la période 2008-2010. Les différences s'expliquent principalement par les changements intervenus dans l'origine du financement. Par exemple, entre 1995 et 2009, le dispositif des conventions départementales d'objectifs était financé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Depuis 2010, ce programme est financé par la sécurité sociale et les crédits ont été fusionnés avec ceux attribués aux structures médico-sociales de lutte contre l'addiction aux drogues et de réduction des risques. Par ailleurs, dans la majorité des cas, les ventilations ne sont pas disponibles, ce qui rend la comparaison des données entre 1995 et la période 2008-2010 impossible.

En plus des crédits fléchés, les dépenses publiques consacrées aux drogues regroupent d'autres budgets non spécifiques aux drogues. Depuis 2008, les dépenses non-ciblées mais attribuables aux drogues peuvent être retracées à l'aide du document de politique transversale sur les drogues qui fournit des estimations de l'effort financier consacré par l'État à la mise en œuvre de sa politique dans le champ des drogues. Les méthodes de calcul ne sont pas homogènes pour tous les programmes. L'estimation est réalisée par l'autorité en charge de la mise en œuvre de chaque programme participant à la lutte contre les drogues. Pour certains de ces programmes, l'estimation des coûts directs liés aux drogues est fondée sur une approche dite « *bottom-up* », alors que pour d'autres la méthode de calcul est fondée sur une approche « *top down* ». Des précisions sur la méthode de calcul sont apportées dans la section sur les dépenses non fléchées. Des raisons méthodologiques évidentes (approches différentes des méthodes de modélisation de la dépense non-fléchée liée aux drogues et dans la sélection des composantes) expliquent pourquoi ce travail ne réalise pas la comparaison des nouvelles et des anciennes estimations (Kopp *et al.* 2006; Ben Lakhdar 2007b), mais se limite à l'identification des évolutions récentes.

La partie suivante est d'abord consacrée aux dépenses fléchées. Elle aborde ensuite l'estimation des dépenses non-ciblées attribuables aux drogues ainsi qu'une présentation de méthodes de calcul utilisées. La dernière section présente la dépense totale attribuée aux drogues pour la période 2008-2010 et se termine par une discussion finale de ces résultats.

Dépenses fléchées : principales catégories de financement et finalités

En France, les dépenses identifiées « drogues » se répartissent entre celles effectuées par la sécurité sociale et celles réalisées par la MILDT. Elles regroupent plusieurs catégories de dépenses dont l'objet est détaillé ci-après :

Dépenses réalisées par la sécurité sociale

En matière de prévention et prise en charge des addictions, la sécurité sociale prend en charge le financement de trois catégories de dépenses majeures. D'abord, le financement des structures médico-sociales consacrées à la réduction des risques et au traitement des addictions. Ces dispositifs interviennent tant dans des problématiques liées aux addictions aux substances (tant les drogues illicites que lorsqu'il s'agit d'abus d'alcool). Elle contribue également au financement d'une partie des coûts directs des prestations hospitalières spécialisées en addictologie. Il est cependant important de signaler que ces dépenses

représentent une fraction marginale de l'ensemble des dépenses liées aux drogues effectuées par les hôpitaux pour la prévention et les soins (voir la section ci-dessous sur les dépenses non-ciblées en santé). De plus, en France, la sécurité sociale contribue au remboursement d'une partie des traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Budget alloué par l'AM aux structures médico-sociales en addictologie

En France, l'accès aux structures de traitement des addictions et pour la réduction des risques est gratuit. Les budgets de ces structures sont par conséquent entièrement financés par le système public.

Les dépenses totales de l'assurance maladie destinées à ce que le dispositif spécialisé puisse assurer ses missions représentent la somme des dépenses courantes de personnel et des autres dépenses entraînées par le fonctionnement normal de ces structures, auxquelles viennent s'ajouter des budgets complémentaires alloués selon les priorités définies par les stratégies nationales traitant spécifiquement de la politique publique dans le champ de l'addiction aux drogues et de la santé.

Sur la période 2007-2014, des budgets supplémentaires destinés à la politique de santé en matière de drogues ont été annoncés dans le cadre des trois stratégies nationales suivantes :

- Le Plan addictions 2007-2011 qui vise à développer la prévention et les soins pour les usagers de drogues au sein des établissements publics de santé.
- Le Plan gouvernemental sur les drogues 2008-2011 dont l'objectif principal est de faciliter l'accès au logement, aux soins et aux services sociaux pour des groupes vulnérables (jeunes usagers, femmes, personne détenue).
- Le Plan « santé en prison » 2011-2014 qui vise à garantir l'égalité des soins en prison par rapport au milieu ouvert dont bénéficient les personnes en liberté.

Tableau 12.3 : Dépenses fléchées de l'AM pour le financement des structures en addictologie (en millions d'euros)

Fonds de la sécurité sociale (valeur secteur : s1314)	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Coûts de personnel et dépenses courantes de fonctionnement	Gf07 – Santé Gf10-Protection sociale	Gf0702 – services ambulatoires			
		Gf1006-Hébergement	271,27	283,10	304,71
Budgets attribués aux structures en addictologie pour la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011	Gf07 – Santé Gf10-Protection sociale	Gf0702 - services ambulatoires			
		Gf1006-Hébergement	8,84	16,33	16,23
Budgets alloués aux structures en addictologie pour mettre en œuvre les conventions départementales d'objectifs Santé/justice	Gf07 – Santé Gf10-Protection sociale	Gf0702 - services ambulatoires			
		Gf1006-Hébergement	(*)	(*)	5,25(*)
Montant total des dépenses	Gf07 – Santé Gf10-Protection sociale	Gf0702 – services ambulatoires			
		Gf1006-Hébergement s	280,11	299,43	326,18

Source : ARS/DGS (crédits alloués aux structures en addictologie par les autorités régionales de santé)

(*) Ce budget était fourni par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie jusqu'en 2009. Depuis 2010, cette dépense a été assumée par la sécurité sociale. Depuis 2011, ces crédits ont été intégrés comme une partie des dépenses de personnel et pour le fonctionnement courant des structures en addictologie.

Pour la période 2008-2010, les dépenses allouées aux structures en addictologie indiquent une tendance à l'hausse de ces financements. Il n'y a par conséquent aucun signe tangible d'austérité dans les budgets. À court terme, la crise de 2008-2009 ne semble avoir eu aucun impact négatif sur les budgets alloués au dispositif médico-social afin de garantir l'accès aux prestations proposées aux usagers de drogues. Plus encore, selon les sources officielles (DGS), aucune coupe ni aucune réduction des budgets alloués au dispositif spécialisé en addictologie n'est prévue, même si les données officielles pour 2011 et 2012 ne sont pas encore disponibles.

Budgets alloués par l'AM aux établissements de santé pour offrir des prestations et services spécialisés en addictologie

En France, les établissements publics de santé sont également financés par la sécurité sociale pour offrir des prestations spécialisées en matière de prévention et prise en charge de l'abus et la dépendance aux drogues. De 2007 à 2011, le Plan addictions (Ministère de la Santé et des Solidarités 2006) a apporté une contribution financière à hauteur de 30-40 M€ par an afin de renforcer l'offre de soins pour abus de substances et pour la dépendance au sein des établissements publics de santé. Au-delà de 2011, seule l'adoption de futurs plans pourrait garantir un financement à hauteur comparable des prestations en santé pour la prise en charge des problématiques liées aux drogues. Le plan récemment adopté par le gouvernement pour promouvoir la santé parmi les personnes détenues devrait contribuer à améliorer les réponses pour les usagers de drogues en prison. Il semble cependant que les montants alloués ne soient pas aussi importants que les efforts réalisés précédemment par la sécurité sociale pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les établissements publics de santé.

Tableau 12.4 : Dépenses fléchées de l'AM pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les hôpitaux (million d'euros)

Financement alloué à la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan addictions 2007-2011 (Valeur secteur : s1314)	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010	2011	2012
Financement alloué à la création ou au renforcement des équipes de liaison	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	2,31	4,62	4,62	3,33	1,53
Financement pour la création ou le renforcement des consultations hospitalières en addictologie	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	7,08	10,16	10,16	5,94	2,97
Financement pour le développement de services hospitaliers pour la prévention et le traitement de l'abus de drogues	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	7,85	15,70	15,70	21,24	10,63
Financement pour assurer l'hospitalisation pour sevrages complexes	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	12,62	9,24	9,24	9,47	4,73
Financement pour la mise en place de consultations hebdomadaires spécialisées dans les services médicaux pour les établissements pénitentiaires	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	0	0,60	0	0	1,06
Sous-total des dépenses en hôpital pour les activités liées aux drogues planifiées dans le Plan addictions 2007-2011	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	29,86	40,32	39,72	40,03	20,92
Financement alloué à la mise en œuvre des priorités définies dans le Plan santé en prison 2011-2014	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010	2011	2012
Dépistage du VIH et des hépatites par les unités de soins en prison attachées à des établissements hospitaliers.	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	1,57	11,37
Groupes thérapeutiques dans les unités de soins en prison attachées à des établissements hospitaliers.	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	1,26	3,74
Sous-total de la dépense en hôpital pour la mise en œuvre des activités liées aux drogues planifiées dans le Plan santé en prison 2011-2014	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	-	-	-	2,83	15,11
Total de la dépense pour les plans publics	Gf07 - Santé	Gf0703 – Services hospitaliers	29,86	40,32	39,72	42,87	36,03

Source : DGOS (crédits alloués aux établissements publics de santé)

Budgets alloués par l'AM au financement des dépenses pour les TSO

De plus, la sécurité sociale contribue aux dépenses liées aux drogues par le remboursement d'une partie du prix de vente des traitements de substitution aux opiacés. En France, cela représente la deuxième partie la plus importante des dépenses publiques ciblées.

En France, les deux molécules qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché pour les traitements de substitution aux opiacés sont la BHD (buprénorphine) et la méthadone. Les dernières données de remboursement disponibles datent de 2009 pour les deux molécules (BHD et méthadone) (voir tableau ci-après)

Tableau 12.5 : Dépenses fléchées de l'AM pour le remboursement des traitements de substitution aux opiacés (millions d'euros)

Fonds de la sécurité sociale (Valeur secteur : s1314)	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BHD dont ...	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	78,49	77,64	78,59	78,11	72,17	na
Subutex®	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	78,49	74,63	70,86	61,55	56,96	na
Génériques	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	0	9,82	11,71	16,55	15,21	na
Méthadone	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	8,41	9,82	11,71	14,41	16,70	na
Total TSO	Gf07 - Santé	Gf0701 – Produits médicaux, appareils et équipement	86,90	87,45	90,30	92,52	88,87	na

Source : MEDICAM (ADELI)

Les chiffres pour 2010 ne sont pas disponibles (la publication des données est attendue pour la fin de l'année 2012).

Avant 2006, le Subutex® était le seul médicament autorisé et en vente pour la molécule de BHD. En 2006, les autorités de santé ont autorisé la prescription de médicaments génériques pour la BHD. Les génériques étant moins chers, la quantité des boîtes vendues de ces médicaments a progressivement augmenté au détriment du Subutex®. En examinant globalement les montants remboursés pour ces deux médicaments, on observe une baisse importante de 6 M€ en 2009 par rapport à 2005, tandis que la méthadone continue sa progression. L'année 2009 pourrait ainsi montrer un changement de tendance. Cette baisse pourrait ainsi s'expliquer par l'augmentation de la part de la méthadone au cours de la période considérée. Entre 2005 et 2009, celle-ci est passée de 10 % à 19 % du total des médicaments de substitution aux opiacés. Cela pourrait également s'expliquer par une réduction de la demande des traitements de substitution, ou par une possible plus grande disponibilité de l'héroïne, comme cela a été rapporté par des études qualitatives menées entre 2007 à 2009 (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

Dépenses effectuées par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

L'autre grande catégorie de dépenses clairement identifiée comme liée aux drogues est celle financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDt).

Il faut souligner que les dépenses effectuées par la MILDt ont été réduites de 15 % entre 2005 et 2010. Dans son étude, Ben Lakhdar (Ben Lakhdar 2007b) indiquait un montant de 39,3 M€ alors que les dépenses cinq ans plus tard s'élèvent à 33,10 M€ (voir tableau 6). Cette réduction des dépenses de la MILDt semble cohérente avec le transfert de 5,2 M€ payés par la sécurité sociale pour financer les mesures des programmes CDO Santé et Justice destinées aux structures spécialisées (voir la section ci-dessus traitant des paiements effectués par la sécurité sociale). Par conséquent, une telle réduction des dépenses ne peut être considérée comme une réduction nette du budget total drogues, du fait du transfert des crédits de la MILDt à la sécurité sociale.

Tableau 12.6 : Total des dépenses annuelles réalisées par la Mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie (millions d'euros)

Total des dépenses de la MILDT	2008	2009	2010
... dont	30,87	35,39	33,10
Crédits consommés hors recettes provenant du Fonds de concours « Stupéfiants »	27,38	29,00	22,00
Budget exécuté de la MILDT provenant du Fonds de concours « Stupéfiants » (*)	3,49	6,39	11,10

Source : RAP (Rapport annuel de performance) et DPT (Document de politique transversale)

(*) Ces données ont été calculées par l'OFDT. Les chiffres du Fonds de concours « stupéfiants » ont été calculés en comparant les dépenses de la MILDT indiquées dans le DPT et le budget total exécuté de la MILDT rapporté dans le RAP. En fait, les crédits provenant du Fonds de concours « stupéfiants » effectivement réalloués aux ministères par la MILDT ne peuvent être identifiés que par les données figurant dans le RAP.

De plus, les fluctuations du budget exécuté par la MILDT au cours de la période de référence (2008-2010) sont difficiles à interpréter. Les chiffres de dépenses pour 2011 ne sont pas encore disponibles. Il est cependant important de noter que la contribution du fonds de concours « stupéfiant » au budget de la MILDT devrait continuer à augmenter (voir le tableau 6 ci-dessus). Ce fonds a été créé en 1995²³³. Depuis sa création, une part croissante des crédits de la MILDT provient de ce fonds de concours. La MILDT est responsable de la réallocation de ce fonds de soutien aux différents ministères menant des actions dans le champ des drogues selon une clé de répartition budgétaire par ministère établie au moment de la création de ce fonds. Des difficultés pratiques rencontrées par les tribunaux traitant des saisies de drogues et des confiscations expliquent qu'avant 2008 la contribution effective du fonds de concours « stupéfiant » ne représentait pas une part importante des dépenses de la MILDT. Le fonctionnement de ce fonds s'est amélioré au cours des dernières années. Par conséquent, depuis 2008, le fonds de concours « stupéfiant » a vu sa part augmenter régulièrement dans le budget de la MILDT. Cette évolution pourrait être accompagnée d'une réduction équivalente des crédits courants actuels. Mais il se pourrait également que cette tendance aille de pair avec un maintien des crédits courants actuels, aboutissant ainsi à une augmentation du total des crédits de la MILDT.

Les dépenses de la MILDT ont une double finalité : d'une part, elles permettent de supporter les coûts liés à sa mission de coordination de la politique gouvernementale en matière des drogues et d'autre part, elles servent à financer la mise en œuvre de certaines mesures prioritaires.

Les dépenses de la MILDT destinées à élaborer et coordonner la politique des drogues

La MILDT assume une partie des coûts de la planification et de la coordination des priorités gouvernementales dans le champ des drogues. Cela inclut les missions de la MILDT elle-même concernant l'élaboration et la coordination de la politique gouvernementale des drogues. Par ailleurs, la MILDT finance ses deux opérateurs : l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le Centre interministériel de formation antidrogue (CIFAD). Elle assume le financement des Dispositifs d'appui régionaux (DAR) qui ont pour mission de fournir une assistance aux chefs de projets « drogues » pour la mise en œuvre des priorités gouvernementales.

²³³ Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (BUDB9560005D) et. Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (SANG9502738A).

Tableau 12.7 : Coûts supportés par la MILDT pour élaborer, coordonner, superviser et évaluer les politiques globales sur les drogues (millions d'euros)

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	Valeur Secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Élaboration et coordination de la politique globale sur les drogues (*)	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0306 – Ordre public et sécurité n.e.c Gf0706 – Santé n.e.c Gf0908 - Éducation n.e.c Gf1007 – Exclusion sociale	6,82	8,82	2,58
OFDT	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0305 – Recherche et développement (R & D), Ordre public et sécurité Gf0705 – R&D Santé Gf0907 - R&D Éducation Gf1008 – R&D Exclusion sociale	3,15	3,19	3,44
CIFAD	S1311	Gf09-Éducation	Gf0905 - Éducation non définissable par niveau	0,49	0,49	0,49
CIRDD (**)/DAR	S1312	Gf03-Ordre public et sécurité Gf07-Santé Gf09-Éducation Gf10-Protection sociale	Gf0305 – R&D Ordre public et sécurité Gf0705 – R&D Santé Gf0907 - R&D Éducation Gf1008 – R&D Exclusion sociale	2,80 (***)	2,80	2,44
Total des dépenses de la MILDT (préparation, coordination et suivi)				13,26	15,30	8,95

Source : RPA et DPT « politique des drogues »

(*) Ces données ont été calculées par l'OFDT et validées par la MILDT. Les dépenses consacrées aux missions de la MILDT de planification de la politique et de la coordination ont été estimées en soustrayant les transferts de crédits réalisés par la MILDT au bénéfice de différents acteurs chargés de la mise en œuvre des interventions liées aux drogues, ou pour l'observation, la recherche appliquée ou la formation. Les bénéficiaires des transferts de crédits de la MILDT sont les coordinateurs régionaux drogues et le réseau national des structures de soutien technique, les ministères ainsi que l'OFDT et la CIFAD.

Les fluctuations du budget alloué à la MILDT pour les missions d'élaboration de la politique des drogues et de coordination sont très importantes et, plus précisément, elles indiquent une réduction importante des crédits de la MILDT en 2010 pour la réalisation de ces tâches.

Les dépenses de la MILDT pour financer la mise en œuvre des mesures prioritaires dans le champ de la réduction de l'offre et de la demande

Les paiements effectués par la MILDT permettent aux ministères et à des services décentralisés de réaliser des projets spécifiques liés aux drogues aux niveaux central et local.

Comme le montrent les tableaux 8 et 9 (voir ci-dessous), les fonds alloués par la MILDT à la politique de réduction de l'offre ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2010 jusqu'à atteindre, à peu de choses près, le total des sommes allouées pour des projets dans le domaine de la réduction de la demande de drogues (12,85 M€ en 2010). Le rôle clé joué par le fonds de concours « stupéfiants » depuis 2008 explique dans une large mesure la tendance mentionnée ci-dessus : comme il a déjà été dit, la MILDT a la responsabilité de la gestion et de l'allocation des produits du fonds de concours « stupéfiants ». La clé de répartition avait été déterminée à la

création de ce fonds en 1995. Depuis la création du fonds de concours « stupéfiants », environ 90 % de ce fonds est redistribué aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et pour l'application de la loi afin de financer l'acquisition d'équipements ou des services destinés à la lutte contre les drogues. Les 10 % restants sont utilisés pour financer des actions de prévention conduites par les ministères concernés.

Tableau 12.8 : Fonds alloués par la MILDT pour soutenir des actions de réduction de l'offre (millions d'euros)

Transfert de crédits aux ministères et aux services déconcentrés dans le champ de la réduction de l'offre	Valeur secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Fonds provenant du Fonds de concours « stupéfiants »	S1311	Gf03 -Ordre public et sécurité	3,14	5,75	9,99
Fonds alloués aux chefs de projets « drogues »	S1312	Gf03 -Ordre public et sécurité	1,01	0,87	1,30
Total de la dépense pour le financement de projets de réduction de l'offre.		Gf03 -Ordre public et sécurité	4,15	6,62	11,29

Source : Tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et les DPT de 2010 à 2012 et des informations fournies par la MILDT.

Tableau 12.9 : Fonds alloués par la MILDT pour soutenir des actions de réduction de la demande (millions d'euros)

Transfert de crédits aux ministères et aux services déconcentrés dans le champ de la réduction de la demande	Valeur secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Fonds provenant du Fonds de concours « stupéfiants »	S1311	Gf07-Santé	0,35	0,64	1,11
Fonds alloués aux chefs de projets « drogues »	S1312	Gf09-Éducation	9,11	7,83	11,74
	S1312	Gf07-Santé	4,00	5,00	Payé par le FSS
CDO (*)		Gf10 – Protection sociale			
Total de la dépense pour le financement de projets de réduction de la demande	S1312		13,46	13,47	12,85

Source : tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et DPT de 2010 à 2012 et des informations fournies par la MILDT

(*) Cela concerne les programmes Santé et Justice. Ce budget a été financé par la MILDT de 1993 à 2009. Depuis 2010, cette dépense est prise en charge par la sécurité sociale.

Dépenses non fléchées imputables à la politique de lutte contre les drogues : sources d'informations utilisées et principales composantes

Les dépenses non fléchés « drogues » présentées dans cette étude ont été estimées par les services ministériels investis dans la lutte contre les drogues et la prévention de l'usage de drogues. Depuis 2009, ces estimations sont listées dans un rapport financier : le document de politique transversale « Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies », qui porte sur les actions menées par les autorités pendant l'année sur laquelle porte le rapport. Ce document est produit par la MILDT en collaboration avec les ministères concernés.

Le DPT « Politique de lutte contre les drogues » dresse la liste des principales interventions conduites par les ministères dans le champ des drogues et indique les montants dépensés pour la mise en œuvre de ces interventions. Les estimations sont ventilées par programmes et par actions. Les programmes sont mis en œuvre par les ministères en charge de la lutte contre les

drogues et pour la prévention de l'usage de drogues. Trente programmes ministériels sont mentionnés. Ils impliquent plusieurs ministères et services afférant :

- Le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie contribue à la lutte contre l'économie parallèle liée aux stupéfiants et aux drogues légales par l'intermédiaire de la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), qui dépend de ce ministère.
- Le ministère de la Défense, le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Justice participent également aux actions de lutte contre les drogues. Ils sont responsables des activités de l'armée et de la police et du fonctionnement de la justice (activités des tribunaux) et des services pénitenciers.
- Le ministère des Affaires étrangères est également investi dans la lutte contre les drogues illicites par l'intermédiaire de la coopération internationale visant à la lutte contre le trafic international de stupéfiants.
- Le ministère de l'Éducation nationale participe à des activités visant à la prévention des conduites addictives par le biais d'interventions dans les écoles.
- Enfin, le ministère de la Santé et de la Solidarité est également investi dans la prévention de l'abus de drogues.

Le tableau 10 fournit le détail des dépenses attribuables à la politique des drogues dans les domaines de la réduction de l'offre et de la réduction de la demande de drogues.

Comme le tableau 10 le montre, les évolutions de la dépense font apparaître des tendances distinctes par domaine d'intervention. Alors que les dépenses non fléchées imputables à la conduite d'actions dans le domaine de la prévention ont diminué considérablement entre 2009 et 2010, la dépense publique attribuable à la sécurité et à l'ordre public a fortement augmenté.

Tableau 12.10 : Dépenses non fléchées « drogues » imputables à la politique de réduction de l'offre et de la demande (million d'euros)

Réduction de l'offre	Valeur secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense attribuable à la lutte contre l'économie parallèle concernant les actions menées contre les stupéfiants et les drogues légales (Douanes)	S1311 S1312	Gf04-Économie	Gf0401-Économie générale	193,50	191,00	240,00
Dépense attribuable à la police concernant les infractions pour stupéfiants ou pour les drogues légales	S1311 S1312	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0301-Services de la police	146,122	183,22	199,11
Dépense attribuable à la gendarmerie nationale concernant les infractions pour stupéfiants ou pour les drogues légales	S1311 S1312	Gf02-Défense	Gf0202-Défense civile	15,64	69,65	128,43
Dépense attribuable à la lutte contre le trafic international (Défense)	S1311 S1312	Gf02-Défense	Gf0201-Défense militaire	32,16	22,35	14,55
Dépense attribuable aux poursuites liées aux drogues par les tribunaux	S1311 S1312	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0303-Tribunaux	-	67,85	92,17
Dépense attribuable à l'aide économique internationale	S1311 S1312	Gf01-Services publics généraux	Gf0102-Aide et coopération internationale	2,88	0,17	0,43
Total des montants consacrés aux interventions pour la réduction de l'offre de drogues	S1311 S1312	-	-	390,30	534,24	674,69
Réduction de la demande de drogues	Valeur Sector	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense attribuable aux campagnes de communication	S1311	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	4,19	6,75	5,64
Coût en personnel et pour le fonctionnement des services ministériels de santé et pour les services publics de santé (ADALIS, INPES)	S1311	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	21,01	39,72	30,75
Dépense attribuable aux services de santé à l'école	S1311 S1312	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	37,05	34,40	28,67
Dépense attribuable à la prévention sélective	S1311 S1312	Gf10-Protection sociale	Gf1004-Famille et enfants	54,92	19,01	21,66
Dépense attribuable à la prévention universelle à l'école	S1311 S1312	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	324,85	348,46	233,41
Total des montants consacrés aux interventions pour la réduction de la demande de drogues	S1311 S1312	-	-	444,38	449,77	323,76

Source : OFDT à partir des DPT

Le tableau 11 fournit les dépenses agrégées :

Tableau 12.11 : Dépenses non fléchées imputables à la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros)

Dépenses non fléchées	Valeur Secteur	Valeur Cofog1	2008	2009	2010
Imputables à la défense, à l'ordre public et à la sécurité, à l'action des douanes contre les stupéfiants et l'économie parallèle	S1311 S1312	Gf02-Défense Gf03-Ordre public et sécurité Gf04	390,30	534,24	674,69
Imputables à la prévention (universelle, sélective et indiquée) et à la santé	S13 S131211	Gf07-Santé Gf10-Protection sociale	444,38	449,77	323,76
Imputables à la R&D (tous domaines)	S1311 S1312	Gf07-Santé	12,07	14,84	11,47
Imputables à la formation (tous domaines)	S1311 S1312	Gf09-Éducation	10,75	10,59	11,02
Total	S1311 S1312		857,51	1 009,45	1 020,92
Évolution annuelle (%)			na	+17,7 %	+1,1 %

Source : tableau élaboré par l'OFDT en utilisant les données des RAP et DPT de 2010, 2011 et 2012.

Note : les dépenses liées au dopage ont été exclues. Ce budget annuel s'élève à environ 9 M€.

Globalement, les données agrégées du tableau 11 font apparaître une évolution à la hausse de la dépense publique attribuable à la politique de lutte contre les drogues licites et illicites, passant de 857 M€ en 2008 à 1 milliard d'euros en 2010. Cependant, ces chiffres montrent également un net tassement de cette augmentation (passant de + 17 % à + 1 % d'évolution annuelle au cours de la période suivant la crise). Il faut cependant noter que cette remarque ne concerne pas les tendances, au cours de la période considérée, pour les dépenses de santé relatives aux drogues pour les généralistes et les hôpitaux dont les données ne sont pas disponibles. En effet, pour celles-ci, il n'existe pas d'estimations actualisées pour la période de référence (voir les explications plus bas sur les catégories de dépenses non prises en compte). Cette évolution semble cohérente avec la décélération de la croissance de la dépense publique globale décrite dans la première partie de ce travail. Il est cependant essentiel d'additionner les deux budgets (dépenses fléchées et non fléchées mais attribuables à la politique dans le champ des drogues) afin d'interpréter la tendance générale de la dépense liée aux drogues (voir dernière section).

Les méthodes utilisées pour déterminer les dépenses non fléchées « drogues » et leurs insuffisances

Les rapports financiers pour la période 2008-2010 décrivent rarement très en détail les méthodes utilisées pour élaborer leurs estimations. La MILDT a demandé aux ministères pour l'année 2013 plus d'information méthodologique.

Identification des coûts directs de services ou d'interventions particuliers désignés comme « liés aux drogues »

Il semble que, parfois, les autorités en charge des programmes aient la possibilité d'identifier clairement des services et des interventions particuliers. Lorsque les services ministériels ou les actions menées dans le cadre de programme plus globaux peuvent être désignés comme « liés aux drogues », les dépenses sont identifiées en tant que telles et listées comme « liées aux drogues ».

Voici quelques exemples, par domaine d'intervention :

- La mise en œuvre d'une campagne auprès des grands media sur les drogues ou le service national téléphonique et Internet de conseil et d'écoute sur les drogues licites et illicites (ADALIS) dans le domaine de la politique de réduction de la demande de drogues.
- Les « unités de coordination de police » pour la lutte contre les drogues dans le domaine de la politique de réduction de l'offre de drogues.

Les coûts directs sont assez aisément déterminés. Ces postes de dépenses incluent les coûts de personnel, du fonctionnement et des équipements. Ce cas est assimilable à toute autre dépense identifiée (voir la section traitant des dépenses fléchées). Aucune méthode particulière de calcul n'est nécessaire. Les coûts des activités ou services listés sont juste additionnés.

Méthodes de calcul utilisées reposant sur l'observation des relevés de contrôle d'activité

Lorsque le service concerné dispose des données de suivi pour rendre compte de son activité, il est possible de réaliser des estimations sur l'effort budgétaire des administrations publiques à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues. La méthode d'estimation (« *top down* » ou « *bottom up* ») peut varier d'une activité à l'autre selon la disponibilité des informations. La dépense totale pour les activités liées aux drogues est calculée par programme. Voici quelques explications au sujet des deux méthodes.

Approche « top down »

Dans ce cas, la fraction de l'activité globale qui est consacrée à la prévention de l'usage de drogues ou à la lutte contre les drogues et la toxicomanie peut être définie. Les autorités peuvent évaluer la dépense attribuable à la politique des drogues même si elle n'est pas spécifiquement « liée aux drogues ». Afin de calculer une estimation, cette fraction est appliquée au coût total de personnel et de fonctionnement courant du service concerné. Par exemple, pour l'année 2010, 10 % des dossiers de police portaient sur des affaires de stupéfiants, qui concernaient soixante unités de police et comptaient pour des centaines de milliers d'heures de travail des officiers de police. Dans cet exemple, les dépenses de police attribuables aux activités liées aux drogues ont été calculées en multipliant la dépense totale pour les services de police par la fraction de 10 %.

L'approche « bottom up »

Le temps de travail passé par le personnel en charge des activités liées aux drogues ou bien les équipements utilisés ont été enregistrés par les services ministériels. C'est le cas par exemple pour les heures d'intervention de prévention en milieu scolaire ou pour les tests d'alcoolémie réalisés lors de contrôles routiers par les services de police ou par la gendarmerie nationale.

La principale insuffisance méthodologique concerne le caractère complet ou non des dépenses non fléchées compilées dans le DPT « politique des drogues ». Il est important de signaler que plusieurs catégories de dépenses liées aux drogues ne peuvent être déterminées dans les chiffres des dépenses non fléchées mentionnées plus haut.

- Les dépenses en santé.
- Les dépenses réalisées par les services pénitenciers.
- Les dépenses réalisées par les administrations locales.

Les dépenses de l'administration publique imputables à la santé

Le ministère de la Santé participe à la politique des drogues par l'élaboration, la coordination et l'évaluation de la politique de santé. Il finance l'activité de l'administration centrale dans le champ de la santé, mais aussi des institutions publiques investies dans le champ des drogues (par exemple le budget alloué à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES) et des associations. Ces dépenses sont incluses dans les estimations présentées dans le tableau 10. Le coût direct des Agences régionales de santé ne sont cependant pas pris en compte dans l'estimation. Aucune étude précédente n'a estimé cette catégorie de dépense publique.

Les dépenses attribuables aux autres services ministériels décentralisés (Économie, Défense, Intérieur, Justice et Éducation) sont prises en compte dans les rapports financiers utilisés dans cette étude.

Dépenses attribuables aux traitements de pathologies imputables aux drogues

Les rapports financiers utilisés ne comprennent pas les dépenses publiques attribuables aux traitements liés aux drogues (voir la section traitant des dépenses fléchées) dont le coût est assumé au moins en partie par la sécurité sociale. Le coût des traitements dispensés par la médecine de ville et par les hôpitaux ont été estimés pour l'année 2003 par Kopp et Fenoglio (Kopp *et al.* 2006) : ils représenteraient un montant situé entre 573 M€ et 632 M€ pour les drogues illicites, entre 5 467 M€ et 6 156 M€ pour l'alcool et, enfin, entre 15 537 M€ et 18 254 M€ pour le tabac. Aucune nouvelle estimation n'a été réalisée depuis l'étude de Kopp et Fenoglio. Ces données n'étant pas disponibles pour les années récentes, les estimations de 2003 (Kopp *et al.* 2006) peuvent être actualisées en tenant compte du taux d'inflation. Sur cette base, en 2010, ce serait ainsi au total 19 322,50 M€ pour les traitements de pathologies imputables au tabac ; les coûts en santé imputables à l'alcool seraient de 6 646,50 M€ et, enfin, les dépenses en santé pour les traitements imputables aux drogues illicites atteindraient 689,50 M€.

Dépenses des services pénitentiaires

Alors que les estimations compilées dans le tableau 10 incluent les crédits alloués par les services pénitentiaires pour mener à bien des interventions ciblées dont le montant s'élève à 2 M€, les autres postes de dépense de l'administration pénitentiaire correspondant aux frais de détention des condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), et des détenus pour délits commis sous l'emprise de drogues illicites et d'alcool n'ont pas été intégrés dans les documents budgétaires utilisés pour cette étude, probablement en raison de difficulté de comptabilisation. Kopp et Fenoglio (Kopp *et al.* 2006) ont évalué cette catégorie de dépense à 219,79 M€ en 2003. Au sein de cette dépense, la détention des personnes incarcérées pour ILS représente un coût de 200,49 M€ et les incarcérations pour des délits d'alcoolémie au volant ont

un coût évalué à 19,30 M€. Ces dépenses n'étant pas disponibles pour les années récentes, il est possible d'actualiser les estimations de 2003 en prenant en compte le taux d'inflation. Les dépenses pour détention des personnes poursuivies pour une affaire de drogues représenteraient ainsi 229 M€ pour les incarcérations pour ILS et 22 M€ pour celles en lien avec un délit d'alcoolémie au volant.

Dépenses liées aux drogues des administrations locales

Le DPT « politique des drogues » dépend entièrement du budget de l'État. Les budgets des administrations locales pour la lutte contre les drogues, pour la prévention et le traitement de l'addiction aux drogues ne sont pas inclus. Cette catégorie de dépense ne semble pas avoir été estimée par le passé.

12.2.2. Total des dépenses liées aux drogues et discussion finale

Le tableau 12 indique les dépenses fléchées « drogues » et non fléchées imputables à la mise en œuvre de la politique des drogues pour les trois ans de la période de référence.

Tableau 12.12 : Total des dépenses pour la lutte contre les drogues et la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros)

Total de dépenses	Valeur secteur	Valeur Cofog1	Valeur Cofog2	2008	2009	2010
Dépense pour la défense, l'ordre public et la sécurité et les actions des douanes contre les stupéfiants et l'économie parallèle	S1311	Gf02-Défense	Gf0202-Défense civile	394,46	540,86	685,98
	S1312	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0301-Services de police			
		Gf04-Économie	Gf0401-Économie générale			
Dépense pour la prévention universelle et sélective	S1311	Gf07-Santé	Gf0704-Services de santé publique	452,22	456,80	332,97
	S1312	Gf10-Protection sociale	Gf1004-Famille et enfants			
Dépense pour la prévention indiquée et la santé (*)	S1311	Gf07-Santé	Gf0704- Services de santé publique	315,59	346,19	369,53
	S1312		Gf0705-R&D en santé publique	12,07	14,84	11,47
Dépense pour la R&D	S1311	Gf07-Santé	Gf0905- Éducation non définissable par niveau	11,24	11,08	11,51
	S1312		Gf0906-Ordre public et sécurité n.e.c	6,62	8,82	2,58
Dépense pour la coordination globale	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0306— Ordre public et sécurité n.e.c	6,62	8,82	2,58
		Gf07-Santé	Gf0706-Santé n.e.c			
		Gf09-Éducation	Gf0908-Éducation n.e.c			
		Gf10-Protection sociale	Gf1009-Protection sociale n.e.c			
Dépense pour l'observation et l'évaluation (OFDT et DAR)	S1311	Gf03-Ordre public et sécurité	Gf0306— Ordre public et sécurité n.e.c	6,15	5,99	5,88
		Gf07-Santé	Gf0706-Santé n.e.c			
		Gf09-Éducation	Gf0908-Éducation n.e.c			
		Gf10-Protection sociale	Gf1009-Protection sociale n.e.c			
Total				1 198,35	1 384,58	1 419,93
Évolution annuelle (%)				-	+16%	+3%

(*) Afin de faciliter la comparaison d'année en année, le remboursement des TSO a été retiré du fait de l'indisponibilité du montant remboursé pour 2010. Ce poste compte pour approximativement 90 M€. En incluant l'estimation du montant remboursé par l'AM, la dépense publique s'établit à 1 509,9 millions d'euros.

Actualisation des estimations précédentes pour les postes de dépenses manquants (**)				2008	2009	2010
Actualisation des coûts des traitements attribuables aux pathologies				26 237	26 264	26 657
Tabac				19 018	19 038	19 323
Alcool				6 541	6 548	6 646
Drogues illicites				678	678	688
Actualisation des dépenses de l'administration pénitentiaire				246	246	251
Détention des personnes pour ILS				225	225	229
Détention des personnes pour délits d'alcoolémie au volant				21	21	22

(**) *Les coûts des traitements attribuables aux pathologies liées aux drogues ont été estimés pour l'année 2003 à hauteur de 21,58 milliards d'euros. Ceux supportés par l'administration pénitentiaire sont estimés à 219,79 millions d'euros en 2003 (Kopp et Fénoglio, 2006b).*

Source : tableaux élaborés par l'OFDT en utilisant les données des RAP et des DPT pour 2010, 2011 et 2012.

Les chiffres présentés plus haut montrent l'évolution de la dépense gouvernementale pour la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage de drogues de 2008 à 2010. Les données collectées sembleraient indiquer une rapide décélération de l'augmentation de la dépense publique pour la lutte contre les drogues. Entre 2008 et 2009, la dépense liée aux drogues a augmenté de 16 %. Cependant, après la crise, la croissance annuelle n'a pas été aussi importante (3 % en 2010). Cette tendance est cohérente avec la politique d'austérité globale menée par le gouvernement français récemment. Selon l'INSEE, la croissance de la dépense publique s'est ralentie après la crise pour atteindre 2 %. Les prévisions pour 2011 et 2012 annoncent une décélération régulière de la dépense publique : 1,8 % en 2011 et 0,5 % en 2012. Les mesures de sauvetage prises par le gouvernement au début de la crise ont effectivement permis à l'économie française de sortir du rouge en 2009. Cependant, la reprise économique s'est avérée modeste. L'activité économique mondiale atone a rendu impossible l'élimination de la menace de la spirale d'une crise de la dette souveraine plus profonde. Le gouvernement français n'eut alors pas d'autre choix que de mener une politique publique d'austérité. Comme les chiffres ci-dessus le montrent, la politique des drogues menée par l'État n'a pas fait exception.

En conclusion, il ressort que la dépense publique liée aux drogues est soumise à la même discipline budgétaire que les autres catégories de dépense publique française en général. L'analyse plus fine des dépenses liées aux drogues par domaine d'intervention permet de mettre en lumière certaines évolutions marquantes. La dépense pour des interventions de prévention universelle et sélective a été drastiquement réduite entre 2009 et 2010. Le champ de la prévention indiquée et de la santé a connu un ralentissement de la dépense publique de 9 % en 2009 et de 6 % en 2010. La croissance des dépenses a été la plus forte dans le domaine de la politique de réduction de l'offre, même si l'augmentation s'est fortement ralentie entre 2009 et 2010, passant de 37 % à 27 %.

Il faut souligner le fait que l'évolution décrite ci-dessus ne repose que sur les données disponibles relatives aux dépenses publiques dans le champ des drogues. Comme il a été mentionné plus haut, les estimations des coûts de santé imputables aux traitements de pathologies attribuables aux drogues ainsi que les dépenses supportées par l'administration

pénitentiaire pour des ILS et des délits commis sous l'emprise de drogues illicites et d'alcool ne sont pas disponibles pour la période 2008-2010.

Remerciements

Nous voudrions remercier Maire-Claude Roisnard (OFDT), Jean-Marie Bazile (MILDT) et Malisa Rattanatray (DGS) pour les informations et les explications précieuses concernant les comptes publics, qu'elles nous ont fournis pendant la préparation de cette étude. Les commentaires de Christian Ben Lakhdar et de Christophe Palle ont également été très appréciés.

Partie C. Bibliographie

Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

- Afssaps and CEIP (2008). Oppidum (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) - Résultats de l'enquête 20. Afssaps, Saint-Denis.
- Afssaps and CEIP (2009). Oppidum (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) - Résultats de l'enquête 21. Afssaps, Saint-Denis.
- ASDO (2009). Evaluation qualitative des REAAP.
- Bantuelle, M. and Demeulemeester, R. (2008). Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. INPES, Saint-Denis.
- Barré, M.C., Pottier, M.L. and Delaitre, S. (2001). Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. OFDT, Paris.
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B., Tovar, M.L. and Spilka, S. (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (76) 6 p.
- Bello, P.Y., Cadet-Taïrou, A. and Halfen, S. (2010). L'état de santé des usagers problématiques. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT.
- Bello, P.Y., Toufik, A., Gandilhon, M. and Évrard, I. (2005). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Bello, P.Y., Toufik, A., Gandilhon, M. and Giraudon, I. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Ben Diane, M.K., Rotily, M. and Delorme, C. (2001). Vulnérabilité de la population carcérale française face à l'infection VIH et aux hépatites. In: Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. & Ringa, V. (Eds.) Précarisation, risque et santé. Inserm, Paris.
- Ben Lakhdar, C. (2007a). Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. OFDT, Saint-Denis.
- Ben Lakhdar, C. (2007b). Public expenditures related to illicit drugs in France in 2005. 2007 National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Ben Lakhdar, C. (2009). La culture du cannabis en France : implication, volume et quantités. Alcoologie et Addictologie 31 (2) 121-127.
- Ben Lakhdar, C. (2012). Taille du marché de la cocaïne en France. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Bergeron, H. (1999). L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française. PUF, Paris.
- Böhning, D. and Del Rio Vilas, V.J. (2009a). On the question of proportionality of the count of observed scrapie cases and the size of holding. BMC Veterinary Research 5 (17) 1-11.
- Böhning, D. and van der Heijden, P.G.M. (2009b). A covariate adjustment for zero-truncated approaches to estimating the size of hidden and elusive populations. Annals of Applied Statistics 3 (2) 595-610.
- Brouard, C., Delarocque Astagneau, E., Meffre, C., Pioche, C., Silvain, C., Larsen, C. et al. (2009). Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. BEH - Bulletin

- Epidémiologique Hebdomadaire (20-21 (Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives)) 199-204.
- Cadet-Taïrou, A. (2012). Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010a). CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. Tendances (74) 4 p.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M. and Lahaie, E. (2012). Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances (78) 6 p.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010b). Droques et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. and Evrard, I. (2008). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Jouanin, M. and Coquelin, A. (à paraître). Profils et pratiques des usagers de drogues, ENaCAARUD 2010. Résultats de l'enquête nationale 2010 auprès des « usagers » des centres d'accueil et d'accompagnement en réduction des risques. OFDT, Saint-Denis.
- Calderon, C., Lagomanzini, P., Maguet, O., Menneret, F., Drogues et Société, CIRDD Rhône-Alpes et al. (2011). Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif. CIRDD Rhône-Alpes, Lyon.
- Canarelli, T. and Coquelin, A. (2009). 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 (65) 6 p.
- Cazein, F., Le Strat, Y., Pillonel, J., Lot, F., Bousquet, V., Pinget, R. et al. (2011). Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (43-44) 446-454.
- Chalumeau, M. (2010). Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C. et al. (2012). Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (10-11) 131-134.
- CNS (Conseil national du sida) (2009). Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires, 10 septembre 2009.
- CNS (Conseil national du sida) (2011). Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, 20 janvier 2011.
- Coppel, A. (2002). Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte, Paris.
- Coquelin, A. and Palle, C. (2009). Enquête sur les problèmes d'hébergement des personnes accueillies dans les CSST au mois de mars 2008. Commission Addiction, DGS, Groupe hébergement.
- Costes, J.M. (2007). Cannabis, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Costes, J.M., Vaissade, L., Colasante, E., Palle, C., Legleye, S., Janssen, E. et al. (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. OFDT, Saint-Denis.
- Crofts, N. (1994). Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug and Alcohol Review 13 (3) 235-237.

- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C. et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- DCPJ (Direction centrale de la police judiciaire) and OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants) (2012). Les prix des stupéfiants en France. La photographie au 4ème trimestre 2011. DCPJ, SDLCODF, OCRTIS, Paris.
- Delfraissy, J.F. (2002). Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts. Flammarion, Paris.
- Delprat, T. (2011). L'accréditation des informations liées à l'usage de nouvelles drogues de synthèse. Une étude à partir des dispositifs de médiation en place sur le web. Master professionnel Information et Communication, spécialité « Web éditorial » - Mémoire de fin d'études. Université de Poitiers.
- DESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) and MILD (2005). Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. CNDP, Paris.
- DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) and MILD (2010). Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. CNDP, Paris.
- DGS (Direction générale de la santé) (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Duplessy-Garson, C. (2007). Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. Association Safe.
- Gandilhon, M. (2007). Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances (53) 4 p.
- Gandilhon, M. (2012). Les trafics de cocaïne en France. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A. and Lahaie, E. (2011). Les prix de détail des principales substances psychoactives circulant en France au premier semestre 2011. Note n°2011.18 à l'attention de la MILD. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M. and Hoareau, E. (2010). Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes, Saint-Denis.
- Gautier, A., Balinska, M.A., Baudier, F., Bourdessol, H., Buttet, P., Collin, J.F. et al. (2005). Baromètre santé médecins/pharmacien 2003. INPES, Saint-Denis.
- Gentilini, M. and Tcheriatchchoukine, J. (1996). 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. DGS (Direction Générale de la Santé), Paris.
- Girard, G. and Boscher, G. (2010). L'ecstasy, de l'engouement à la "ringardisation". In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Grünfeld, J.P. (2009). Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan. Présidence de la République, Paris.
- Hagan, H. and Thiede, H. (2003). Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? Epidemiology 14 (5) 628-629.
- Harding-Pink, D. (1990). Mortality following release from prison. Medicine, Science, and the Law 30 (1) 12-16.
- Hautefeuille, M. and Velea, D. (2002). Les drogues de synthèse. PUF, Paris.
- Henrion, R. (1995). Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. La Documentation française, Paris.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2012). The 2011 ESPAD report - Substance use among students in 36 European countries. CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs), Stockholm.
- Hyest, J.J. and Cabanel, G.P. (2000). Rapport de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. Tomes I et II. Sénat, Paris.
- INPS (Institut national de police scientifique) (2011). Données issues de fichiers STUPS 2010.
- INPS (Institut national de police scientifique) (2012). Données issues de fichiers STUPS 2011.
- INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, Paris.
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris.
- Janssen, E. (2012). Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Jauffret-Rouste, M., Couturier, E., Le Strat, Y., Barin, F., Emmanuelli, J., Semaille, C. et al. (2006). 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 (33) 244-247.
- Jauffret-Rouste, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M. et al. (2009). 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 9 (113) 1-12.
- Jean, J.P. and Inspection générale des services judiciaires (1996). Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice. Ministère de la Justice, Paris.
- Joubert, M., Weinberger, M., Aquatias, S., Khedim, H., Bouhnik, P. and Touze, S. (1995). Trafics de drogues et modes de vie. Revue Toxibase (4) 1-29.
- Khosrokhavar, F. (2004). L'Islam dans les prisons. Editions Balland, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (1998). 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. OFDT, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2004). Coût et bénéfices économiques des drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2006). 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). OFDT, Saint-Denis.
- Lahaie, E. and Cadet-Taïrou, A. (2009). The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National Alert Unit in France. EMCDDA, Lisbon.
- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.L., Biecheler, M.B. and The Sam Group (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal 331 (7529) 1371-1374.
- Le Vu, S., Le Strat, Y., Barin, F., Pillonel, J., Cazein, F., Bousquet, V. et al. (2010). Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (45-46) 473-476.
- Leavitt, S.B., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C.B. and Paris, P. (2000). When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. The Mount Sinai Journal of Medicine 67 (5-6) 404-411.
- Legleye, S., Beck, F., Peretti-Watel, P. and Chau, N. (2008). Usages de drogues des étudiants, chômeurs et actifs de 18-25 ans. Tendances (62) 4 p.

- Levasseur, L., Marzo, J.N., Ross, N., Blatier, C. and Lowenstein, W. (2002). Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire. *Annales de Médecine Interne* 153 (Suppl.3) 1S14-S19.
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. and Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2 (1) 1-10.
- Maguet, O., Calderon, C., Dorso, V., Menneret, F. and Lagomanzini, P. (2009). *Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseaux.* Commission Européenne, Bruxelles.
- Maremmani, I., Zolesi, O., Aglietti, M., Marini, G., Tagliamonte, A., Shinderman, M. et al. (2000). Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity. *Journal of Addictive Diseases* 19 (2) 29-41.
- Marzo, J.N., Rotily, M., Meroueh, F., Varastet, M., Hunault, C., Obradovic, I. et al. (2009). Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-06). *Addiction* 104 (7) 1233-1240.
- Merle, S. and Vallart, M. (2010). Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin. In: Costes, J.M. (Ed.) *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND.* OFDT, Saint-Denis.
- Michel, L. (2006). Addictions aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies. *Annales Médico Psychologiques* 164 (3) 247-254.
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. et al. (2011a). Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI²DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* 11 (400).
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. et al. (2011b). Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (39) 409-412.
- Michel, L. and Maguet, O. (2003). *L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution.* DGS, Paris.
- MILD'T (2008). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.* La Documentation française, Paris.
- MILD'T (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) (2008). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.* La Documentation française, Paris.
- Ministère de l'Intérieur (2006). *Bilan du comportement des usagers de la route.*
- Ministère de la Justice (2010). *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2010.* DAP, Ministère de la Justice, Paris.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). *La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011.* Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.
- Morfini, H. and Feuillerat, Y. (2001/2004). *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire.* DGS, DHOS, Paris.
- Mouquet, M.C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et résultats* (386) 1-12.
- Mouquet, M.C., Dumont, M. and Bonnevie, M.C. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de factures de risque. *Etudes et résultats* (4) 1-10.
- Obradovic, I. (2009). Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (30) 332-336.
- Obradovic, I. (2010). La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. *Tendances* (72) 6 p.
- Obradovic, I. and Canarelli, T. (2008a). *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire.* OFDT, Saint-Denis.

- Obradovic, I. and Canarelli, T. (2008b). Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Tendances (60) 4 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) (2009). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008 - Stups - Osiris. Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, Paris.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) (A paraître). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010 et 2011 - Stups - Osiris. Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, Paris.
- OFDT (2001). Note d'information d'octobre 2001. Premières identifications en 2001/2002 de 2C-B (4-Bromo-2,5-Dimethoxyphenethylamine) dans la base SINTES (actualisation 19/02/2002). OFDT, Saint-Denis.
- OIP (Observatoire International des Prisons) (2005). Les conditions de détention en France. Rapport 2005. La Découverte, Paris.
- Olvera, J.C. and Gandilhon, M. (2012). Les cartels mexicains : de l'Amérique latine à l'Europe. Droques, enjeux internationaux (3) 5 p.
- Palle, C. (Non publié). Evaluation quantitative des besoins en hébergement thérapeutique à partir du nombre de personnes vues dans les CSST en ambulatoire et dans les CCAA. OFDT, Saint-Denis.
- Palle, C. and Vaissade, L. (2007). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances (54) 6 p.
- Parquet, P.J. (1997). Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. CFES, Vanves.
- Pfau, G. (A paraître). Etat des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2011.
- Pousset, M. (Ed.) (2012). Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Prudhomme, J., Ben Diane, M.K. and Rotily, M. (2001). Evaluation des unités pour sortants (UPS). ORS PACA, Marseille.
- Rahis, A.C., Cadet-Taïrou, A. and Delile, J.M. (2010). Les nouveaux visages de la marginalité. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999. OFDT, Saint-Denis.
- Reynaud-Maurupt, C. (2006). Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. OFDT, Saint-Denis.
- Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., Monzel, M., Moreau, C., Evrard, I. et al. (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". OFDT, Saint-Denis.
- Roques, B. (1998). La dangerosité des drogues : rapport au Secrétariat d'Etat à la santé. La Documentation française, Paris.
- Rotily, M. (1999). L'usage de drogues en milieu carcéral. In: Costes, J.M. (Ed.) Drogués et toxicomanies : indicateurs et tendances. OFDT, Saint-Denis.
- Rotily, M. (2000a). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. ORS PACA. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice, Paris.
- Rotily, M. (2000b). Stratégies de réductions des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral. Prévalence des pratiques : synthèse. In: Stankoff, S. & Dherot, J. (Eds.) Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris.

- Rotily, M., Vernay-Vaisse, C. and Bourlière, M. (1997). Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B [Letter]. British Medical Journal 315 (7099) 61.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. and Falissard, B. (2007). Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004. Inserm, Paris.
- Salamon, R., Momas, I., Tran, B. and Haury, B. (2010). Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 - Propositions. HCSP, Paris.
- Seaman, S.R., Brettle, R.P. and Gore, S.M. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. British Medical Journal 316 (7129) 426-428.
- Senon, J.L., Méry, B. and Lafay, N. (2004). Prison. In: Richard, D., Senon, J.L. & Valleur, M. (Eds.) Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse, Paris.
- Spilka, S., Le Nezet, O. and Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances (79) 4 p.
- Stankoff, S., Dherot, J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) and DGS (Direction générale de la santé) (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Ministère de la Justice, Paris.
- Sudérie, G. (2010). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010. Tendances récentes sur le site de Toulouse. Graphiti-CIRDD Midi-Pyrénées, Toulouse.
- Sullerot, E. (1989). Les problèmes posés par la toxicomanie. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Journal officiel, n°17. Conseil économique et social, Paris.
- Timbart, O. (2011). 20 ans de condamnations pour crimes et délits. Infostat Justice (114) 8 p.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Gandilhon, M. (2008). 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. OFDT, Saint-Denis.
- Toufik, A., Escots, S. and Cadet-Taïrou, A. (2010). La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Toufik, A., Legleye, S. and Gandilhon, M. (2007). Approvisionnement et prix. In: Costes, J.M. (Ed.) Cannabis, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Trautmann, C. (1990). Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier Ministre. La Documentation française, Paris.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2012). World drug report 2011. United Nations, New York.
- Vaissade, L. and Legleye, S. (2009). Capture-recapture estimates of the local prevalence of problem drug use in six French cities. European Journal of Public Health 19 (1) 32-37.
- Van Elslande, P., Jaffard, M., Fournier, J.Y., Fouquet, K., Nussbaum, F., Perez, E. et al. (2011). Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis. OFDT, Saint-Denis.
- Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J. and Bird, S. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. Journal of Forensic Sciences 48 (3) 614-616.
- Vernay-Vaisse, C. and Rotily, M. (1997). Epidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 45 (Suppl.1) S42-S43.

Weinberger, D. (2011). Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? Droques, enjeux internationaux (1) 6 p.

WHO (World Health Organisation), Wodak, A. and Cooney, A. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/aids among injecting drug users. WHO, Geneva.

Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet

BDSP. Banque de données en santé publique:
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>.

IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons). Base de données bibliographiques:
<http://doc.ireb.com/>

OFDT. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2005:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>.

OFDT. ILIAD - Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>.

OFDT. Répertoire des sources statistiques:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>

OFDT. Séries statistiques:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>

OFDT. SIMCCA. Système d'information mensuel sur les consultations cannabis:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/simcca.html>

Liste alphabétique des adresses Internet utiles

AFR (Association française pour la réduction des risques) :

<http://a-f-r.org>

AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) :

<http://www.afssaps.fr>

ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) :

<http://www.anitea.fr>

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) :

<http://www.anpaa.asso.fr>

ASUD (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues) :

<http://www.asud.org>

CRIPS (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) :

<http://www.lecrips.net>

F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie) :

<http://www.alcoologie.org>

FNORS (Les Observatoires régionaux de la santé et leur fédération) :

<http://www.fnors.org/index.html>

Hôpital Marmottan :

<http://www.hopital-marmottan.fr>

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

<http://www.inpes.sante.fr>

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) :

<http://www.drogues.gouv.fr>

OFDT :

<http://www.ofdt.fr>

SFA (Société française d'alcoologie) :

<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Annexes

I - Liste des tableaux

Tableau 1.1 : Dépenses publiques totales attribuables à la politique des drogues en 2010 (en M€)	34
Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010	39
Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (actuel) des produits parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)	43
Tableau 2.3 : Évolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2008 et 2011 à 17 ans (% et sex ratio)	44
Tableau 3.1 : Taux du droit de consommation figurant à l'article 575 A du Code général des impôts	52
Tableau 3.2 : Classification légale des boissons et des débits de boissons à consommer sur place ou à emporter	53
Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues par site en 2011, et prévalence (%) parmi les 15-64 ans	66
Tableau 4.2 : Estimations de la prévalence d'usagers problématique d'héroïne et de cocaïne par site et prévalence (%) parmi les 15-64 ans, 1999-2011	66
Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine, 2011	67
Tableau 4.4 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2010	71
Tableau 4.5 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008	72
Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2011	88
Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2011	88
Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2011	89
Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2011	89
Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2011 ..	89
Tableau 5.6 : Répartition (en %) en fonction du produit posant le plus de problèmes, 2011	91

Tableau 5.7 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2011	94
Tableau 5.8 : Pourcentage des patients ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours, suivant le produit posant le plus de problèmes, évolution entre 2005 et 2011	95
Tableau 6.1 : Nombre de nouvelles infections par le VIH-1 et taux d'incidence parmi les usagers de drogues injectables en France en 2008	99
Tableau 6.2 : Nombre de nouveaux cas de sida chez les UDV et nombre total de nouveaux cas 2000-2010.....	100
Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues selon les villes ayant participé à l'étude Coquelicot, 2004	101
Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge, 2006	101
Tableau 6.5 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.	102
Tableau 6.6 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006.....	105
Tableau 6.7 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD, 2010	106
Tableau 6.8 : Décès par surdoses en France selon le registre de mortalité.....	107
Tableau 6.9 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses entre 2006 et 2009, données DRAMES	108
Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009	116
Tableau 7.2 : Part des différents opérateurs dans la distribution de seringues par automate, 2007-2008	119
Tableau 7.3 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les CAARUD et les automates selon les dernières données disponibles.....	120
Tableau 7.4 : Activités de prévention en milieu festif	122
Tableau 7.5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2010	123
Tableau 8.1 : Précarité sociale des personnes prises en charge par les centres spécialisés en 2010 et en 2011.	128
Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg), en 2011 et évolution 2010/2011 (en %) 183	

Tableau 10.2 : Prix médians et moyens en euros au gramme (TREND/OFDT)	186
Tableau 12.1 : Évolution annuelle en pourcentage par rapport à la période antérieure (jours d'activité, données saisonnières ajustées).....	211
Tableau 12.2 : Dette publique, telle que définie par le Traité de Maastricht, comme Q4 2011 par secteur (milliards d'euros)	211
Tableau 12.3 : Dépenses fléchées de l'AM pour le financement des structures en addictologie (en millions d'euros)	216
Tableau 12.4 : Dépenses fléchées de l'AM pour la prévention et la prise en charge des addictions dans les hôpitaux (million d'euros).....	217
Tableau 12.5 : Dépenses fléchées de l'AM pour le remboursement des traitements de substitution aux opiacés (millions d'euros).....	218
Tableau 12.6 : Total des dépenses annuelles réalisées par la Mission interministérielle pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie (millions d'euros).....	219
Tableau 12.7 : Coûts supportés par la MILD'T pour élaborer, coordonner, superviser et évaluer les politiques globales sur les drogues (millions d'euros).....	220
Tableau 12.8 : Fonds alloués par la MILD'T pour soutenir des actions de réduction de l'offre (millions d'euros)	221
Tableau 12.9 : Fonds alloués par la MILD'T pour soutenir des actions de réduction de la demande (millions d'euros).....	221
Tableau 12.10 : Dépenses non fléchées « drogues » imputables à la politique de réduction de l'offre et de la demande (million d'euros)	223
Tableau 12.11 : Dépenses non fléchées imputables à la lutte contre les drogues et pour la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros)	224
Tableau 12.12 : Total des dépenses pour la lutte contre les drogues et la prévention de l'usage de drogues (millions d'euros).....	228

II - Liste des graphiques et figures

Graphique 3-1 : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue	52
Graphique 5-1 : Traitements de substitution aux opiacés : estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (Subutex® 8 mg, Méthadone® 60 mg) entre 1995 et 2010 (à partir des remboursements en ville et à l'hôpital)	82
Graphique 5-2 : Évolution annuelle du prix en euros du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2011	84
Graphique 5-3 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2011	93
Graphique 6-1 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France.....	104
Graphique 7-1 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC	123
Graphique 9-1 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2011	152
Graphique 9-2 : Répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées à l'égard des usagers de stupéfiants, 1996-2010.....	154
Figure 2-1 : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge	40
Figure 12-1 : Tendance récente de la croissance en France	209
Figure 12-2 : Croissance du PIB en France depuis la Seconde guerre mondiale	209
Figure 12-3 : Taux de chômage (en pourcentage) en France. Séries chronologiques de 1982 à 2010	210
Figure 12-4 : Dette souveraine et part du PIB en dépense publique en France depuis 2005 ...	212
Figure 12-5 : Dépense publique comparée au PIB	213

III - Liste des cartes

Carte 7-1: Répartition des ressources en personnel des CSAPA ambulatoires dans les différentes régions françaises en 2008 (anciens CCAA non inclus) 117

IV - Liste des références légales en français

Lois

Arrêté du 14 février 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes (NOR ETSP1204444A).....	27
Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac (NOR SASP0931273A)....	57
Arrêté du 16 avril 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de midazolam administrés par voie orale (NOR ETSP1220641A).....	28
Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du Code de la sécurité sociale (NOR SJSP0808150A)	20
Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées (NOR SANX0602395A).....	60
Arrêté du 2 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent (NOR ETSP1124197A).....	28
arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (NOR SANG9502738A)	38
Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (SANG9502738A).....	225
Arrêté du 24 août 2011 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale (NOR ETSP1123702A)	27
Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (Décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route (NOR SJSP0817087A).....	156
Arrêté du 25 juillet 2011 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR ETSP1120711A).....	27
Arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L. 3342-4 du Code de la santé publique (NOR SASP1002542A)	59

Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (NOR SASP1007832A)	14
Arrêté du 9 mars 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale, aux médicaments à base de buprénorphine administrés par voie orale, aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale et à certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale (NOR ETSP1207340A)	27
Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) (NOR SANP0524015D)	20
Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR JUSD0811637C).....	16
Circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants (NOR JUSD1204745C).....	26
Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie (NOR SANP00730376C).	84
circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR TASP9630145C)	164
Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR TASP9630145C)	84
circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels (NOR TASP9630649C).....	164
Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels (NOR TASP9630649C).....	152, 165
Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).....	164
Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés (NOR MESP0230029C).....	20, 90, 167

Circulaire DGS/DHOS/DGAS/ n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (NOR : SANP0430495C)	83
Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (NOR SJSP0830130C).....	197
Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B	14
Circulaire DGS/MC2/ n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. (NOR: SJSP0830130C).....	83
Circulaire DGS/MILDT/SD6B n°2006-462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques (NOR SANP0630464C).....	197
Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.	14
Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie (NOR SANP 0630016C).....	21
Circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (NOR SANP0330122C).....	102
Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.	19
Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, (NOR SJSH0830983C)	84
Circulaire DRT n°83-5 du 15 mars 1983 relative à l'application des articles 1 à 5 de la loi du 4 août 1982 concernant les libertés des travailleurs dans l'entreprise.....	60
Circulaire du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR JUSA9900148C).....	15
Circulaire du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière (NOR IOCD1108865C)	17
Circulaire n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.....	117

Circulaire TE n°69-4 du 13 janvier 1969 relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.....	60
Décision du 12 avril 2012 portant interdiction d'importation, de préparation, de prescription et de délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant du clenbutérol, du clonazépam, de l'exénatide, du liraglutide, du méprobamate, de l'orlistat ou de la synéphrine (NOR AFSX1224680S).....	29
Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L. 5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : almitrine, bupropion, chlordiazépoxide, duloxétine, naltrexone, pirlénidone, roflumilast ou venlafaxine (NOR AFSX1224667S).....	28, 29
Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical (NOR INTD0200114D).....	127
Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (NOR SANX0609703D)	58
Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (BUDB9560005D).....	225
Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (NOR BUDB9560005D)	38
Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route (NOR EQUS0100214D)	17
Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (Décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route (NOR EQUS0100214D)	155
Décret n°2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical (NOR INTD0200114D).....	66
Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique (NOR SANP0521129D)	22
Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le Code de l'éducation (NOR: MENE0601554D).....	50

Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le Code pénal et le Code de procédure pénale (NOR JUSD0755654D)	15
Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (NOR SANP0721630D).....	199
Décret n°2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais (NOR SJSP0769782D).....	158
Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (NOR SJSH0803309D)	198
Décret n°2008-754 du 30 juillet 2008 portant diverses dispositions de sécurité routière (NOR DEVS0810101D)	155
Décret n°2011-1123 du 19 septembre 2011 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République hellénique relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure, signé à Paris le 19 mai 2008 (NOR MAEJ1123344D)	26
Décret n°2012-267 du 24 février 2012 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Tadjikistan relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure, signé à Paris le 6 décembre 2002 (NOR MAEJ1201957D)	26
Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (NOR SANP9201106D)	196
Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie (NOR SPSP9500414D)	21
Décret n°95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R. 233-5, R. 256 et R. 266 du Code de la route (NOR EQUS9500428D).....	60
Décret n°96-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes (NOR INDD9600699D).....	19
Décrets n°87-328 du 13 mai 1987 et n° 88-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 et décret n° 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.	21
Directive n° 92/83/CEE et n° 92/84/CEE du Conseil du 19 octobre 1992.	54
Loi de finances rectificative pour 1998 (n°98-1267 du 30 décembre 1998) (NOR ECOX9800170L).....	58
Loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme.....	56

Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. (NOR SANX0306354L).....	62
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique (NOR SANX0300055L).....	164
Loi n° 2008-1249 du 1 ^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion (NOR PRMX0818589L).....	132
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR SASX0822640L).....	54, 66
Loi n° 2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR JUSX0912931L).....	39
Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (NOR BCRX1125833L).....	54
Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR IOCX0903274L).....	155
Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (NOR SPSX9000097L).....	54
Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (NOR JUSX0200117L).....	147
Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (NOR MESX0000158L).....	197
Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. (NOR SANX0306354L).....	57
Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (NOR JUSX0205970L).....	16, 154
Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (NOR JUSX0300028L).....	18
Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (NOR SANX0300055L).....	20, 29
Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (NOR INTX0300078L).....	20
Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, JORF du 24 février 2005 (NOR AGRX0300111L).....	61
Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (NOR BCFX07663ML), art. 72.....	14
Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (NOR SANX0600056L)...	65

Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (INTX0600091L)	15
Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR INTX0600091L)	33, 157
Loi n°2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 (NOR BCFX0826279L).....	35
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR SASX0822640L).....	14, 32
Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale (NOR JUSX0912931L)	19
Loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allégement de certaines procédures juridictionnelles (NOR JUSX1002218L).....	23
Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (NOR IOCX0903274L).....	17
Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (NOR ETSX1104600L)	25
Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines (NOR JUSX1128281L)	24
Loi n°65-373 du 18 mai 1965 modifiant l'article L. 1er du Code de la route.	60
Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.	13, 157
Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.....	54
Loi n°86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social.	17
Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal (NOR JUSX8700015L).....	18
Loi n°88-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989 (NOR ECOX8800121L).....	18
Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants (NOR ECOX9000077L)	18
Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (NOR SPSX9000155L).....	198
Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur (NOR JUSX9200040L)	18

Loi n°93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives (NOR MJSX9300141L).....	58
Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (NOR SPSX9300136L).....	151
Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime (NOR JUSX9400059L)	18
Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes (NOR INDX9500023L)	19
Loi n°99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs (NOR EQUX9800010L)	16, 154
Ordonnance n°2011-1069 du 8 septembre 2011 transposant la décision-cadre 2006/960/JAI du Conseil du 18 décembre 2006 relative à la simplification de l'échange d'informations et de renseignements entre les services répressifs des États membres de l'Union européenne (NOR IOCD1114994R)	24
Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 relative à la partie législative du Code de la sécurité intérieure (NOR IOCD1129997R)	24

V - Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
ACI	Ateliers et chantiers d'insertion
ADALIS	Addictions drogues alcool info service
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGRASC	Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués
AHI	Accueil hébergement insertion
AI	Association intermédiaire
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANITeA	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	l'Agence des systèmes d'information partagés
ASUD	Association d'autosupport des usagers de drogues

ATR	Appartement thérapeutique relais
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociales précoces
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CES	Conseil économique et social
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte antidrogues

CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information régional sur les drogues et les dépendances
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judicaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COFOG	Classification des fonctions des administrations publiques des Nations unies
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CPT	Comité de prévention de la torture
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
CTC	Centre thérapeutique communautaire
CTR	Centre thérapeutique résidentiel
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)

DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DAR	Dispositifs d'appui régionaux
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche)
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DMT	Diméthyltryptamine
DOM	Départements d'outre-mer
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPT	Document de politique transversale

DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
DXM	Dextrométophan
EI	Entreprise d'insertion
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel et de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
ETTI	Entreprise de travail temporaire d'insertion
F3A	Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie
FBCF	Formation brute de capital fixe
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FND	Fichier national des détenus (ministère de la Justice)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)

GBL	Gamma-Butyrolactone
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupement d'intervention régional
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HLM	Habitation à loyer modéré
HPST	Loi hôpital, patients, santé, territoires
IAE	Insertion par l'activité économique
IC	Intervalle de confiance
IDT	Indicateur de demande de traitement
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire

IRC	Internet Relay Chat
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JDC	Journée défense et citoyenneté
JO	Journal officiel
LFI	Loi de finances initiales
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOPPSI	Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
M€	Million(s) d'euros
MDMA	3,4-méthylène-dioxyméthamphétamine
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILD'T	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
MST	Maladies sexuellement transmissibles

NSP	Nouvelle substances psychoactives
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OCRIEST	Office central pour la répression de l'immigration irrégulière et de l'emploi des étrangers sans titre
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDC/UNODC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime / United Nations Office on Drugs and Crime
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PAP	Projet annuel de performance
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PIB	Produit intérieur brut
PLFR	Projet de loi de finances rectificatif
POPHEC	Premier observatoire en prison de l'hépatite C
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé

PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RAP	Rapport annuel de performance
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RELIONPREDIL	Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux usages de drogues illicites et licites
RESEDA	Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête « stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière » (DGS/OFDT/INRETS)
SCL	Service commun des laboratoires
SFA	Société française d'alcoologie
SIAE	Structure d'insertion par l'activité économique
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
S[I]UMPPS	Service [inter] universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SSRA	Soins de suite et de réadaptation en addictologie

TAV	Titre alcoométrique volumique
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UD	Usager de drogue
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	Usager(s) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UE	Union européenne
UK	Royaume uni
UPS	Unité de soins pour sortants
USEM	Union nationale des mutuelles étudiantes régionales
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

VI - Liste des sources

A - Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Enquête quinquennale téléphonique reposant sur un échantillon représentatif de la population vivant en France. Le premier exercice date de 1992. Elle porte sur les consommations de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illicites et sur de nombreux autres comportements ayant une influence sur la santé (consommation de soins, dépression, pratique des dépistages, geste vaccinal, activité sportive, comportements de violence, sexualité...).

Cette enquête est coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILD'T) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS).

B - CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) du ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire le concept d'infraction principale qui est, en principe, la plus grave (il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fourni dans le procès-verbal mais un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). C'est la notion la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Conformément au Code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

C - Enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (Coquelicot-2004)

Maître d'œuvre : Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti d'un auto prélèvement de sang capillaire sur buvard) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues, et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des prises de risques.

D - Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES)

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille.

Avec une méthode de recueil en continu, cette étude a été mise en place afin d'obtenir les données les plus exhaustives possibles sur les cas de décès survenant lors d'usage de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance.

Elle permet :

- l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes faisant un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non.
- le recueil de données quantitatives (dosages sanguins) sur les substances en cause.
- l'estimation plus précise du nombre des décès liés à la drogue en France en réduisant la sous notification de certains décès d'origine toxique, en particulier ceux survenant dans un cadre médico-légal et donc non déclarés aux autorités sanitaires pour raison de secret de l'instruction.

E - Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Université d'Edinburg pour le réseau HSBC et pour la France par le service médical de l'académie du rectorat de Toulouse. Enquête quantitative, auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine.

Elle vise à :

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales

F - Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (ENa-CAARUD)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Enquête quantitative biennale auprès des usagers accueillis/rencontrés par les CAARUD.

Cette enquête a pour objectifs de :

- Disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues
- Adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté
- Suivre les tendances en matière de consommation et aider au repérage de phénomènes émergents

G - Enquête première ligne usagers de drogues (Prelud)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Cette enquête quantitative annuelle de 2000 à 2003, puis biennale ou triennale ensuite vise la connaissance et le suivi des usagers de produits psychoactifs, et de leurs pratiques.

Son champ d'observation est constitué par les usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes : structures de réduction des risques (boutiques, échanges de seringues...), structures dites « à bas seuil d'exigence », y compris structures de distribution de méthadone « bas seuil »). Il faut souligner que les personnes interrogées ne sont pas forcément représentatives des usagers fréquentant ces structures car la participation à l'enquête se fait sur la base du volontariat

H - Enquête sur la santé des entrants en prison

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (ministère de la Santé et des Solidarités)

L'enquête sur la santé des entrants en prison a été réalisée pour la première fois en 1997 dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle recueille, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé des entrants, et les pathologies constatées à l'entrée, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substance psychoactives déclarée concerne le tabagisme quotidien, la consommation excessive d'alcool (>5 verres par jour) et l'utilisation « prolongée et régulière au cours des 12 mois précédent l'incarcération » de drogues illicites, parmi lesquelles figure le cannabis.

I - Enquête un mois donné sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, anciennement CESI, ministère de la Santé et des Solidarités)

Cette enquête a été créée à la fin des années 1980, avec pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées en toxicomanie (essentiellement les CSST), les établissements sanitaires (établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie et certains hôpitaux psychiatriques

privés) et certains établissements sociaux intervenant au niveau de la prévention, l'orientation ou l'hébergement des usagers de drogues.

Cette enquête a été menée, toujours au cours du mois de novembre*, de 1989 à 1997, puis en novembre 1999 et 2003 (date du dernier exercice).

Tous les patients accueillis ce mois-ci sont interrogés : usagers de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Les doubles comptes entre les structures sont possibles mais limités par la période relativement courte d'observation.

J - EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête mesure les opinions et les perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Les enquêtés sont également interrogés sur leurs consommations.

La première enquête a été menée en 1999. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération) de personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatives de la population française métropolitaine.

Concernant le cannabis, les personnes sont interrogées sur leur perception du niveau de dangerosité du cannabis, le classement des produits les plus dangereux, la théorie de l'escalade (« consommer du cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux »), l'interdiction de consommer du cannabis en France et les solutions alternatives à cette interdiction, la prescription de cannabis pour certains grands malades.

K – ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Direction du service national (DSN)

L'enquête ESCAPAD, conduite chaque année par l'OFDT en partenariat avec la Direction du service national (DSN), se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la JAPD), qui remplace le service national en France. Une fois par an, dans tout le pays, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites ou illicites qui aborde également leur santé et leur mode de vie.

Les adolescents interrogés sont majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, mais certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures.

L – ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, U472)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)/Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR)

Enquête en milieu scolaire centrée sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Reconduite tous les quatre ans à la même époque ESPAD permet de suivre les tendances de consommation en France et au niveau européen. Les élèves sont sélectionnés après stratification et tirage au sort des classes

M – FNAILS : Fichier national des auteurs d’infractions à la législation sur les stupéfiants

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

Toutes les procédures d’infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAILS, sauf les infractions constatées par les services des douanes n’ayant pas fait l’objet de procès-verbal.

Le FNAILS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international) et aux saisies. Le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l’usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s’appliquer, c'est la substance la plus « dure » qui est retenue.

Depuis 2006, le FNAILS est géré par le biais d'une application informatique baptisé OSIRIS (Outil statistique d’information et de recherché sur les infractions sur les stupéfiants) qui intègre automatiquement les informations provenant des douanes et de la gendarmerie.

N - FND : Fichier national des détenus

Direction de l’administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice

Depuis 1993, la statistique de l’exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l’année, c'est-à-dire le nombre d’entrants et de sortants des établissements pénitentiaires entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l’année, pour chaque infraction. La différence entre les entrées et les sorties permet également de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée.

Une nouvelle version du FND est en cours d’application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l’origine de cette sanction, alors que seule l’infraction principale était retenue auparavant (voir CJN). Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l’usage, provocation à l’usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l’ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé.

Conformément au Code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

O - Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)

Réseau des centres d’évaluation et d’information sur la pharmacodépendance (CEIP) et l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l’AFSSAPS).

OPPIDUM est une étude pharmaco-épidémiologique nationale transversale annuelle, réalisée chaque année au mois d'octobre. Elle est coordonnée par le réseau des CEIP, responsable du recrutement des structures prenant en charge des patients qui présentent un abus ou une pharmacodépendance ou sous traitement de substitution aux opiacés. Elle se déroule depuis 1990 en région PACA et depuis 1995 au niveau national. Elle a pour objectifs de :

- Surveiller la consommation des substances psychoactives par des sujets présentant une pharmacodépendance
- Décrire les caractéristiques des patients concernés
- Évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments.

P - Rapports d'activité des CSST : Exploitation des rapports d'activité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST remplissent chaque année un rapport d'activité type envoyé à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure.

Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux CCAA, a été introduit à partir de l'année 2004.

Q - RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les patients des structures d'accueil et de soins spécialisées en toxicomanie ou en alcoologie. Les résultats annuels sont envoyés en avril de l'année suivante à l'OFDT qui en assure l'analyse.

Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle et aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produits à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient.

Les usagers de cannabis décrits à travers RECAP sont ceux dont le cannabis est le produit consommé au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, pose actuellement le plus de problèmes au patient et motive sa prise en charge.

Ce dispositif remplace l'enquête un mois donné de la DREES.

R - SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale et laboratoires des douanes),
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès d'usagers. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Dans sa version initiale datant de 1999, le dispositif s'intéressait exclusivement aux produits de synthèse. À partir de 2006, son domaine d'investigation s'est élargi à l'ensemble des produits illicites.

S - Statistique des contrôles et des infractions au Code de la route

Section sécurité routière (Bureau des usagers de la route et de la réglementation des véhicules - Sous-direction de la circulation et de la sécurité routières - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques - Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire)

Depuis 2004, la publication de la Section Sécurité routière réunit les statistiques des contrôles réalisés par les services de police et de gendarmerie nationales et celles des infractions (contraventions et délits) au Code de la route constatées par ces mêmes services. Ces données parviennent tous les mois au ministère et sont publiées au niveau national.

Les données sont détaillées pour les infractions relatives aux règles de vitesse, à la conduite sans permis, à l'alcoolémie et, depuis 2004, à l'usage de stupéfiants. Pour l'usage de stupéfiants, le nombre de dépistages et de tests positifs est détaillé suivant les circonstances des épreuves de dépistage (accidents mortels, corporels ou matériels, infractions, soupçon d'usage de stupéfiants sans accident ni infraction). Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car, au vu des taux de positivité particulièrement élevés, il est probable que le dépistage et la recherche des résultats ne se fassent pas au hasard mais ciblent les conducteurs les plus susceptibles d'être positifs aux stupéfiants.

Le total annuel des différentes infractions en matière de stupéfiants est également repris : conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants, conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances et sous l'empire d'un état alcoolique et refus, par le conducteur d'un véhicule, de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Conformément au Code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

T - Système de surveillance du Sida en France

Ce système de recueil en continu depuis 1982, sous la maîtrise d'œuvre de l'InVS a les objectifs suivants :

- Assurer une surveillance épidémiologique du sida

- Mesurer l'incidence de la maladie
- Mesurer l'impact de l'accès au dépistage des séropositifs
- Mesurer l'impact des actions de prévention des prophylaxies primaires
- Mesurer l'impact de la prise en charge thérapeutique avant le sida
- Mesurer la mortalité liée au sida

U - TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants, mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place.

L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, défini par TREND, recouvre essentiellement les structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité,
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free-party, teknivals...) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les coordinations locales à l'origine des rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national :

- des outils qualitatifs de recueil continu coordonnés par l'OFDT, mis en œuvre par un réseau de coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
- le dispositif SINTES, (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des structures de première ligne ;
- l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires (notamment ESCAPAD, EROPP, FNAILS) ;

- et des investigations thématiques qualitatives ou quantitatives pour approfondir un sujet.

V - Analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD. ASA-CAARUD

Observatoire national des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude annuelle des rapports d'activité standardisés des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) est le deuxième outil d'un ensemble de recueil épidémiologiques dont le premier créé a été l'Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (ENa-CAARUD), qui, elle, se concentrerait plus particulièrement sur les personnes accueillies dans ces structures.

ASA-CAARUD s'attache à donner des éléments sur la nature des activités développées.

W - Système d'observation centralisé sur les actions de prévention des consommations de drogues licites et illicites (ReLION)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Enquête quantitative sur les actions de prévention des usages de drogues licites ou illicites (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, ecstasy, produits dopants...), transversale aux différents secteurs professionnels concernés, publics ou privés, spécialisés ou non (promotion pour la santé, enseignement, application de la loi, santé au travail). Elle a pour objectifs de :

- documenter les principales caractéristiques, notamment les méthodes d'intervention, des actions, subventionnées ou non, menées en prévention universelle ou sélective des usages de drogues ;
- repérer les évolutions des pratiques de prévention, à travers des repères simples sur ce qui se fait dans le domaine, auprès de qui, grâce à qui, quand, où et comment.