

RAPPORT SUR L'ABUS DE DROGUES A PARIS*

par

Dr F. R. Ingold

	Page
INTRODUCTION	200
A. <u>DESCRIPTION DE LA VILLE</u>	201
1. Historique de l'abus de drogues	201
2. Politique générale ; législation	201
3. Données démographiques	204
4. Enquêtes sur l'abus de drogues	204
5. Possibilités de traitement et d'encadrement social	204
6. Systèmes de contrôle ; ressources	206
7. Systèmes d'évaluation	206
B. <u>INDICATEURS</u>	207
1. Le premier recours aux institutions de soins ("première demande de traitement")	207
2. Admissions dans les hôpitaux	207
3. Hépatite virale	207
4. Décès liés à la drogue	208
5. Interpellations	208
6. Emprisonnements	209
7. Saisies de drogues illicites	209
8. Prix/degré de pureté des drogues illicites	209
9. Données provenant d'autres enquêtes	210
10. Quelques remarques sur le SIDA.....	210
C. <u>INTERETS ET LIMITES DES INDICATEURS</u>	211
1. Emploi des indicateurs dans la ville	211
2. Relation entre les indicateurs	212
D. <u>CONCLUSIONS</u>	214
Annexe I - Données	216
Annexe II - Définitions	227
Annexe III - Bibliographie sélective	228

* Ce rapport a été rédigé avant l'annonce des nouvelles mesures gouvernementales de l'automne 1986.

INTRODUCTION

Ce rapport fait suite à une première description de la toxicomanie et des approches épidémiologiques du phénomène dans la région de Paris. Nous réactualisons ici ce document en le présentant conformément à ce qui a été convenu par les experts.

Les données présentées ici ne sont pas le résultat d'une recherche spécifique visant à évaluer l'ampleur et l'évolution du phénomène à Paris. Il n'existe pas, en France, d'organisme scientifique dont le rôle serait de susciter et de recueillir les données épidémiologiques et statistiques indispensables, de les rassembler et d'en organiser la synthèse.

De ce fait, nous nous pencherons plus volontiers sur les travaux qui ont valeur de recherche sur les indicateurs de tendances, ceux-ci ayant l'avantage de nous éclairer sur certains aspects de la toxicomanie à Paris et de fournir des éléments de réflexion et des perspectives pour une évaluation épidémiologique de la consommation des drogues illicites à un niveau national.

D'une façon générale, nous employons le terme d'"usager de drogues" et nous réservons celui de "toxicomane" pour ceux des usagers de drogues qui s'adressent aux institutions sanitaires, ceci de façon indépendante du type de consommation ou des produits utilisés.

Soulignons, enfin, que les données relatives à Paris ne sont pas représentatives des tendances à un niveau national. Depuis le début des années 70, en effet, les trois régions les plus concernées par l'usage des drogues sont la Région parisienne, le Sud et l'Est ; cependant, il semble bien que la diffusion de l'usage des drogues soit plus nette maintenant en province, y compris dans les villes de taille moyenne.

A. DESCRIPTION DE LA VILLE

A.1 Historique de l'abus de drogues

C'est à partir de la deuxième moitié des années 60 qu'est apparu l'usage des drogues illicites dans sa forme moderne, chez les jeunes. Auparavant, et notamment dans les années 50, l'usage des drogues illicites était très limité, ne concernant que quelques adultes, morphinomanes ou opiomanes, recrutés dans les couches sociales plutôt élevées, artistes et anciens coloniaux.

Jusqu'en 1973, l'usage des drogues était dominé par celui des produits dits "psychédéliques", cannabis, LSD et autres drogues hallucinogènes. L'héroïne était disponible également, mais son marché n'était pas organisé, de sorte que les premiers héroïnomanes constituaient un groupe très particulier, de taille réduite et qui se connaissaient pratiquement tous, tout du moins au niveau d'une seule et même ville.

Dans le courant des années 70, l'héroïne qui, auparavant, était essentiellement d'origine française (Marseille) est devenue de plus en plus disponible et son marché s'est organisé, tandis que l'usage des drogues hallucinogènes (LSD surtout) a commencé de décliner. A partir de 1973-74 apparaît à Paris une héroïne brune et granuleuse, d'origine asiatique et transitant le plus souvent par Amsterdam. Par la suite, et en particulier dans le courant de la deuxième moitié des années 70, le marché de l'héroïne s'est encore développé, sa disponibilité a dramatiquement augmenté et son origine s'est diversifiée. La plus grande diffusion de l'usage d'héroïne a été très nette dans les années 77-82, comme en attestent l'ensemble des statistiques disponibles, les témoignages des responsables des centres de soins ainsi que le sensible élargissement de la pyramide des âges des toxicomanes demandeurs de soins. A cette époque également, qui a été véritablement marquée par un mouvement épidémique de l'usage d'héroïne, on remarque que les usagers de drogues se recrutent préférentiellement dans les milieux sociaux défavorisés et que le lien entre la délinquance et l'usage de drogues se renforce. En 1981 apparaît une variété particulière d'héroïne chinoise, de couleur rose. Actuellement, la plus grande partie (60 %) de l'héroïne provient du Sud-Ouest asiatique.

Il est assez probable que le mouvement épidémique des années 77-82 a tendance à se stabiliser bien que ceci n'apparaisse pas clairement dans les statistiques de routine. Le fait notable des années 80, cependant, est la plus grande diffusion de l'usage de cocaïne ; cette drogue n'est plus exclusivement consommée dans des cercles restreints et socialement favorisés, elle est maintenant fréquemment utilisée par les héroïnomanes et est devenue disponible au niveau de la rue à partir de 1982 et surtout 1984.

A.2 Politique générale ; législation

La politique générale de lutte contre la toxicomanie, en France, s'est fondée, depuis 1970, sur l'étroite combinaison de trois volets différents : répression du trafic, traitement des toxicomanes et prévention. Pour ce qui concerne le traitement, il importe de noter que, dès 1970, l'Etat a considéré qu'il n'y avait pas de dogme en matière de traitement et

- qu'aucun modèle particulier ne devait être privilégié. Ceci est la raison pour laquelle le réseau thérapeutique français n'est pas dominé par la distribution de Méthadone ou par les communautés thérapeutiques d'inspiration anglo-saxonne. En fait, ce qui caractérise ce réseau est son caractère très diversifié, résultant de la sélection progressive des expériences thérapeutiques les plus satisfaisantes.

a. La loi avant 1970

La Loi du 12 juillet 1916 permettait de poursuivre ceux qui contrevenaient aux règlements d'administration publique concernant les stupéfiants et permettait, dans les faits, de poursuivre ceux qui usaient de tels produits dans la mesure où ils s'étaient presque toujours rendus coupables de détention illicite de ces stupéfiants.

La Loi du 24 décembre 1953 devait donner la possibilité au juge d'imposer aux consommateurs de stupéfiants une cure de désintoxication, s'ils étaient inculpés d'usage de stupéfiants en société. Il s'agissait d'un traitement imposé, sous peine de sanction. En fait, cette disposition n'a jamais été appliquée, faute d'un règlement d'administration publique qui n'a jamais pu être mis en place.

b. La Loi du 31 décembre 1970

Cette loi, "relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses" introduit une réforme législative ayant deux objectifs principaux : fournir une aide sanitaire aux usagers de drogues et accroître la répression du trafic de stupéfiants. C'est, cependant, le versant sanitaire de cette loi qui est, d'emblée, mis en avant dans ce texte qui fait partie du code de santé publique : "Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou de plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire." (Article L 355-14 du code de santé publique.)

Les mesures sanitaires

Elles concernent donc les usagers de stupéfiants, c'est-à-dire, en particulier, les usagers des produits suivants : l'opium et ses dérivés, le LSD, le kat, le cannabis et ses dérivés, la cocaïne, la mescaline, la psilocibine et un certain nombre de médicaments classés au tableau B. Trois situations sont envisagées :

- Les personnes sont signalées au Procureur de la République et ce dernier peut les enjoindre à subir une cure de désintoxication ou à se placer sous surveillance médicale, sans mettre en mouvement l'action publique. Des relations continues doivent s'établir entre l'usager, l'autorité sanitaire et le Procureur de la République. L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement, doit être tenue informée de son évolution par le médecin responsable et en rendre compte au parquet, en particulier si les soins sont interrompus.

- Les personnes sont signalées par les services médicaux ou sociaux à l'autorité sanitaire. Après examen médical et enquête, l'autorité sanitaire peut enjoindre à l'usager de subir une cure. En cas de refus, aucune sanction n'est prévue.

- Les personnes se présentent spontanément aux services de prévention ou de soins. Elles bénéficient alors de la garantie totale des soins et de l'anonymat si elles le demandent.

Les mesures répressives

- Le trafic. Il est défini d'une façon très large et concerne la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre ... des stupéfiants. Sont également punissables ceux qui auront facilité à autrui l'usage de stupéfiants, ceux qui se seront fait délivrer ou qui auront délivré des stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, ainsi que ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances auront délivré des stupéfiants.

Les peines prévues sont l'emprisonnement de 2 à 10 ans si le délit - - consiste dans l'importation, la fabrication, la production ou l'exportation illicite de stupéfiants ; les amendes, de 5 000 à 50 000 francs, ou l'une de ces deux peines seulement. D'autres peines sont également prévues, telles que l'interdiction des droits civiques, le retrait du passeport...

La procédure pénale est modifiée. Le délai de garde à vue peut atteindre 4 jours avec l'autorisation écrite du Procureur de la République ; les perquisitions peuvent être commencées à toute heure du jour ou de la nuit.

- L'usage. Il est punissable d'un emprisonnement de 2 mois à 1 an et d'une amende de 500 à 8 000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Lors de la première infraction constatée, l'action publique ne sera pas exercée si l'usager se conforme au traitement médical ordonné par le Procureur de la République ou s'il s'y soumet spontanément ; l'intéressé n'est pas condamné, il doit seulement fournir la preuve qu'il s'est soumis à une cure, y compris si cette cure est postérieure aux poursuites. En cas de réitération de l'infraction, il appartient au Procureur d'apprécier souverainement s'il convient ou non d'exercer l'action publique.

- L'incitation et la provocation à l'usage ou au trafic. Les peines prévues sont l'emprisonnement de 1 à 5 ans, l'amende de 5 000 à 50 000 francs, ou l'une de ces deux peines seulement.

- Autres dispositions. Les mineurs : aggravation des peines pour ceux qui auront facilité l'usage de stupéfiants à des mineurs. Les étrangers : outre les mesures d'expulsion, les tribunaux peuvent prononcer l'interdiction du territoire français. Les peines encourues sont portées au double en cas de récidive. Enfin, confiscation des matériels ayant servi à la fabrication des stupéfiants et autres dispositions relatives aux établissements publics où se sont produites les infractions. En 1986, enfin, a été définie une nouvelle incrimination relative au "petit trafic", visant à condamner "ceux qui auront offert ou cédé des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle".

A.3 Données démographiques

Si l'on considère l'agglomération parisienne comme étant constituée de la ville et des trois départements de la couronne, on y compte, selon le recensement INSEE de 1982, un peu plus de 6 millions d'habitants (voir tableau). Le taux de chômage chez les jeunes de moins de 25 ans y est de 14, 5 %.

A.4 Enquêtes sur l'abus de drogues

Il n'existe pas d'enquête sur la toxicomanie qui puisse être considérée comme particulière à Paris. Si l'on met de côté les différents résultats obtenus à partir de tel ou tel centre de soins, il n'existe en fait qu'une seule enquête sur l'usage des drogues, c'est l'"enquête auprès des établissements", menée par la Direction générale de la Santé depuis 1974. Cette enquête est actuellement redéfinie par la Direction générale de la Santé, en collaboration avec l'INSERM.

Elle dénombre, pour le seul dernier trimestre de chaque année, le nombre de consultations de toxicomanes auprès des institutions spécialisées, des hôpitaux généraux et psychiatriques et de l'ensemble des établissements sanitaires. Les résultats qu'elle fournit sont intéressants dans la mesure où ce sont les seuls qui puissent prétendre à une représentativité nationale. Ils sont cependant très limités, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Du point de vue quantitatif, l'existence d'un inévitable double compte ainsi que la variation d'une année sur l'autre du nombre d'établissements concernés empêchent toute interprétation rigoureuse ; de même, le fait que cette enquête soit limitée à un seul trimestre fragilise encore sa pertinence. D'un point de vue qualitatif, la nature administrative de cette enquête ne permet pas d'y chercher les indices qui pourraient être significatifs d'un certain nombre de changements relatifs à l'usage des drogues ou aux toxicomanes eux-mêmes d'une année sur l'autre.

En fait, cette enquête produit l'image d'un certain toxicomane moyen qui s'adresse à l'institution sanitaire à un moment donné. C'est ainsi (voir tableaux en annexe) qu'il est plutôt jeune, de 18 à 25 ans, plus souvent masculin (2,5 hommes pour une femme), utilisant en prédominance l'héroïne. Notons également que le nombre de réponses obtenues à Paris représente environ le tiers des réponses nationales.

A.5 Possibilités de traitement et d'encadrement social

Les institutions spécialisées dans l'accueil, l'hébergement et les soins ont toutes été créées à partir de 1970, la première d'entre elles ayant été le centre médical Marmottan, ouvert à Paris en 1971 et ayant eu, à cette époque, un statut de structure expérimentale. Auparavant, les toxicomanes étaient pris en charge principalement dans les hôpitaux psychiatriques et quelques cliniques privées.

Il est cependant difficile de décrire le réseau sanitaire et social tel qu'il existe actuellement si l'on ne fait pas référence aux conceptions qui lui ont donné jour. On peut distinguer, schématiquement, trois périodes.

- 1970-1975, les actions expérimentales. Cette période a été très riche en expériences de toutes sortes. A Paris, on retiendra le développement des initiatives médicalisées (centre antipoison de l'hôpital Fernand Widal et consultation psychiatrique de l'hôpital Sainte Anne)

dont certaines se calquent un peu sur le modèle des free-clinics américaines de l'époque (centre de l'Abbaye au quartier latin) ou qui adoptent une attitude proche de la mouvance antipsychiatrique (Marmottan). Mais, en fait, cette époque est surtout marquée par l'extraordinaire développement des initiatives privées à l'origine desquelles on trouve côte à côte bénévoles, travailleurs sociaux et membres du clergé (catholiques et protestants). Dans bien des cas, les efforts se dirigent vers des modes d'intervention coupant le sujet de son milieu d'origine.

- 1975-1980, le développement du suivi thérapeutique et des post-cures. Cette époque correspond à une professionnalisation progressive des intervenants en toxicomanie. La cure de sevrage n'est plus considérée comme le moment principal de la prise en charge des toxicomanes. Les équipes se soucient bien davantage du suivi des toxicomanes et commencent à s'interroger sur la question de la réinsertion. Tandis que le ministre de la Santé donne un coup de frein au développement timide des communautés thérapeutiques et assigne l'emploi de la méthadone à une pratique expérimentale et de recherche, on assiste à l'apparition de la notion de "chaîne thérapeutique" ; se créent alors des centres urbains d'hébergement et de post-cure, ainsi que des consultations destinées à assurer un suivi médical.

- Les tendances actuelles. Le mouvement de professionnalisation des intervenants en toxicomanie s'est renforcé, ce qui se concrétise par la création d'une association nationale des intervenants. D'un côté, il existe une spécialisation poussée de certains modes d'intervention (thérapie familiale, par exemple) ; de même, des structures sont créées pour accueillir certains groupes de toxicomanes (mineurs âgés de moins de 18 ans). Mais, d'un autre côté, on assiste aussi à une très nette déspecialisation de la prise en charge médico-sociale des toxicomanes ; l'idée fait son chemin qu'il n'y a pas toujours intérêt à étiqueter "toxicomane" l'usager de drogues et c'est ce qui amène nombre de médecins généralistes et d'éducateurs non spécialisés à s'occuper de ces usagers qu'ils adressaient auparavant de façon invariable aux spécialistes. De plus, et enfin, de nouvelles initiatives spécialisées et non-spécialisées s'orientent vers des activités destinées à promouvoir la réinsertion sociale des toxicomanes ; il s'agit, en particulier, des "entreprises intermédiaires" qui fournissent une formation professionnelle et qui préparent les jeunes à occuper un emploi. Ainsi est-il bien clair que le réseau institutionnel est de plus en plus diversifié et complexe, la notion de "chaîne thérapeutique" n'en donnant qu'une très faible idée.

Cette complexité du réseau sanitaire et social nous empêche de le décrire de façon quantitative, en termes de nombre de lits, par exemple. Précisons cependant qu'il existe, à Paris et dans les trois départements de la couronne, un peu plus de 30 centres d'accueil, de soin, d'hébergement et de postcure qui constituent l'essentiel des structures spécialisées et qui travaillent en étroite relation avec les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.

Un point mérite cependant d'être souligné ; si ces structures spécialisées fonctionnent de façon autonome les unes par rapport aux autres, elles respectent toutes, de façon très scrupuleuse, le versant sanitaire de la Loi de 1970 : l'anonymat et la gratuité sont systématiques. En revanche, pour ce qui est de la coopération entre magistrats et médecins, la situation est plus complexe et bien des thérapeutes, à Paris notamment,

refusent cette coopération, estimant ne pas devoir accepter le rôle d'auxiliaire de la justice que pourrait leur conférer la loi. Cet état de fait explique qu'il n'existe pas, comme en Grande-Bretagne par exemple, de recensement nominatif des toxicomanes à partir des centres de soins et des déclarations des médecins et qu'aucun recoupement entre des données de sources différentes ne soit envisageable.

A.6 Systèmes de contrôle ; ressources

Pour ce qui concerne la police, la répression de l'usage et du trafic illicites des stupéfiants est assurée, à un niveau national, par l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants). A Paris, la brigade des stupéfiants et du proxénétisme compte environ 140 fonctionnaires actifs.

A.7 Systèmes d'évaluation

Il n'existe pas, à proprement parler, de système d'évaluation. La mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie est chargée de rassembler toutes les données statistiques ou de recherche sur cette question. Elle a mis en place récemment un groupe de travail qui est chargé de faire des propositions pour la mise en place d'un instrument statistique et épidémiologique d'évaluation.

B. INDICATEURS

B.1 Le premier recours aux institutions de soins ("première demande de traitement")

Chaque centre de soins publie, chaque année, un rapport d'activité dans lequel on trouve, généralement, des informations relatives aux toxicomanes qui se sont adressés à lui pour la première fois. C'est ainsi que le centre Marmottan a souvent eu ce rôle de "clignotant" par rapport à l'évaluation des tendances du phénomène, signalant le nombre de nouveaux cas, les drogues les plus souvent utilisées et d'autres informations. Mais, à l'heure actuelle, il reste encore difficile d'apprécier dans quelle mesure ces données sont significatives des tendances réelles à Paris. Il n'est pas encore tout à fait possible, de plus, de comparer les données de centres différents les unes avec les autres, dans la mesure où les rapports d'activité font appel à des notions trop disparates ; c'est ainsi que sont dénombrés : le nombre de consultations, le nombre de nouveaux cas, le nombre de cas traités et il n'est pas toujours facile de s'y retrouver.

La première étude sur le recours à l'institution de soins a été menée en 1981-82 dans trois institutions différentes, le centre Marmottan, l'hôpital Fernand Widal et l'Association Charonne (F-R Ingold, 1983). Cette étude avait pour objectif de déterminer dans quelle mesure il serait possible d'utiliser certaines données sur ce premier recours comme d'un instrument d'analyse épidémiologique. Les résultats obtenus nous ont confirmé que ces recours obéissaient à un certain nombre de règles générales et que leur examen détaillé permettait effectivement d'apprécier les tendances de l'usage des drogues en un lieu donné et qu'il permettait, de façon rétrospective, d'en concevoir un historique. Nous avons défini, dans cette étude, le premier recours à l'institution soignante comme étant celui qui se produit pour la première fois dans la vie du sujet, qu'il ait donné lieu ou non à un traitement effectif ; nous l'avons, bien sûr, distingué du recours répétitif à ces mêmes institutions.

Actuellement, un certain nombre de projets sont à l'étude, visant à la standardisation des rapports d'activité des centres de soins et la Direction Générale de la Santé se propose de mettre au point un nouvel indicateur centré sur ces premiers recours.

B.2 Admissions dans les hôpitaux

Il serait envisageable d'estimer le nombre d'hospitalisations de toxicomanes dans les hôpitaux de la Région parisienne à partir des déclarations de chaque établissement hospitalier, la prise en charge de ces séjours étant assurée par l'Etat. Mais les informations ainsi obtenues n'auraient sans doute pas un caractère épidémiologique. Il est envisagé de mener une étude de "stock" à dimension épidémiologique, visant à déterminer le nombre et les caractéristiques générales des toxicomanes hospitalisés un jour donné dans les centres sanitaires spécialisés et non spécialisés.

B.3 Hépatite virale

Les données relatives aux hépatites ne sont pas considérées actuellement comme un indicateur indirect de tendance. Ceci est lié au fait que les hépatites, qui sont des maladies à déclaration obligatoire, ne sont en pratique pas systématiquement déclarées par les praticiens.

B.4 Décès liés à la drogue

Pour ce qui concerne la ville de Paris, le recensement des décès liés à l'usage des drogues est effectué par la Brigade des stupéfiants et du proxénétisme. Ne sont pris en compte, en définitive, que les décès qui correspondent à un diagnostic médical de surdose causée par une drogue illicite. Les suicides ou les morts accidentelles des toxicomanes connus ne sont pas pris en considération, de même que les décès résultant de causes médicales indirectement liées à la prise des produits.

Une étude menée à Paris sur les décès recensés (F-R Ingold, 1985) a mis en évidence que le nombre de ces décès n'était pas significatif de l'évolution actuelle du phénomène et que ceux-ci concernaient, pour le plus grand nombre, des toxicomanes anciens consommant de l'héroïne depuis plus de cinq ans et très nettement marginalisés, y compris par rapport à l'ensemble des usagers de drogues. Cette étude suggère que de tels décès ne surviennent pas de façon aléatoire parmi les usagers de drogues et qu'ils sont liés à des "situations à risque" parmi lesquelles on trouve : l'ancienneté de l'usage d'héroïne, le caractère récent d'un sevrage (volontaire et involontaire), l'usage régulier de médicaments psychotropes et d'alcool.

B.5 Interpellations

A Paris, toutes les interpellations d'usagers de drogues et de trafiquants sont portées à la connaissance de la Brigade des stupéfiants et du proxénétisme. Mais les données chiffrées qui résultent de la centralisation de ces données ne peuvent être considérées comme un indicateur indirect de tendances. Il s'avère en effet que les chiffres ainsi obtenus sont tributaires du mode de recensement des données d'une année sur l'autre, des effectifs des forces de police ainsi que de la distinction - qui n'est pas toujours établie clairement - entre le nombre de sujets interpellés et le nombre d'interpellations. Les chiffres que nous communiquons doivent être interprétés à la lumière de ces observations. Il est notable que les forces de police ont été sensiblement augmentées à partir de 1982.

Jusqu'à 1983, les données chiffrées étaient classées par produit et par délit (usage, revente, trafic) et nous avons choisi de tenir compte des données relatives aux interpellations pour usage d'héroïne. Depuis 1984, les données sont classées de façon différente et l'on distingue, d'une part, les interpellations selon le produit et, d'autre part, les interpellations qui ont donné lieu à une procédure judiciaire, ce qui rend difficile une comparaison avec les années antérieures. Nous avons choisi de faire figurer sur l'histogramme des interpellations pour usage d'héroïne, pour les années 1984 et 1985, le chiffre global des interpellations pour usage ou trafic d'héroïne.

Signalons, enfin, au sujet des interpellations donnant lieu à une procédure judiciaire, que depuis le mois de septembre 1984, à Paris, les injonctions thérapeutiques sont faites par les Officiers de police, par délégation du Procureur de la République.

Ces données sont donc un bon reflet de l'activité de la Brigade des stupéfiants et du proxénétisme, mais elles sont difficilement utilisables à l'heure actuelle pour apprécier l'évolution du phénomène de façon rigoureuse. Il en serait autrement si le traitement des informations pouvait fournir les éléments suivants : nombre de nouveaux sujets interpellés chaque année, par drogue et par chef d'inculpation.

B.6 Emprisonnements

Depuis 1983, on dispose de statistiques informatisées sur la population pénale. Un certain nombre de données précises ont donc trait aux sujets ayant été incarcérés pour une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Il convient d'avoir présent à l'esprit, cependant, que les données relatives à ces infractions ne permettent pas de décrire la population des usagers de drogues incarcérés. Il s'avère, en effet (F-R Ingold, 1986), que les motifs d'incarcération, pour les usagers de drogues dépendants (au sens de la classification DSM III), sont largement dominés par des délits autres que ceux définis par la Loi de 1970, le vol notamment. De plus, pour ce qui concerne les inculpations de trafic, elles peuvent très bien s'appliquer à des sujets non consommateurs de drogues.

Notre étude, menée en 1985 au centre pénitentiaire de Fleury Mérogis, met en évidence un certain nombre de points qui permettent de discuter plus avant les données pénales : 1) le nombre d'usagers de drogues dépendants qui entrent en prison représente environ un quart de l'ensemble des entrants, 2) la première incarcération se produit dans un délai égal ou inférieur à trois années à la suite de la première prise d'héroïne, dans la très grande majorité des cas et 3) cette population d'usagers de drogues détenus est comparable à celle des toxicomanes qui sont décrits dans les centres de soins, du point de vue de l'usage des drogues et du point de vue de l'origine sociale.

B.7 Saisies de drogues illicites

Les saisies réalisées par les services des douanes et de police sont difficiles à interpréter dans la mesure où risquent d'être confondues les saisies importantes (aéroports notamment) et les saisies de routine effectuées dans la rue.

La prise en compte des seules saisies effectuées au niveau de la rue au cours des opérations de routine a été possible pour les années 1984-85. Ces données sont sans doute plus significatives de l'intensité du trafic et de l'usage de drogues à Paris que les premières, mais elles ne pourront être interprétées qu'avec un recul de quelques années. Quoi qu'il en soit, elles mettent en valeur la plus grande diffusion de l'usage et du trafic de la cocaïne au niveau de la rue en 1984, tendance qui semble se confirmer en 1985 (on passe de 103 à 1 125 grammes saisis).

B.8 Prix/degré de pureté des drogues illicites

L'absence d'enquête ethnographique continue ne permet pas de décrire précisément le prix des drogues, leur pureté ainsi que les évolutions au niveau de la rue. En 1986, un gramme d'héroïne coûte de 500 à 1200 Francs ; un gramme de cocaïne coûte environ 600 Francs ; le cannabis se vend 25 à 60 Francs le gramme. La pureté des produits est hautement variable, en fonction du lieu d'achat (rue ou appartement) ; pour l'héroïne, la pureté la plus habituelle est de 25 %. Le prix de l'héroïne a progressivement augmenté depuis la fin des années 60 où un gramme d'héroïne se négociait entre 50 et 100 Francs. Encore faut-il préciser qu'il s'agissait d'une héroïne très pure (Marseillaise) ; au début des années 1980, on a observé une diminution brutale du prix de l'héroïne.

B.9 Données provenant d'autres enquêtes

Elles sont dominées par le recensement des "conduites toxicophiliques" dans les armées et plus particulièrement dans les centres de sélection. Cette enquête fournit des renseignements sur l'usage de drogues chez les jeunes appelés, ceci à un niveau national. Les données relatives à la ville de Paris ne sont pas disponibles, mais constituent un peu plus du tiers de l'ensemble des dossiers. Soulignons cependant que ces données peuvent prêter à discussion dans la mesure où la notion même de "conduite toxicophilique" reste quelque peu subjective.

Signalons qu'en 1982, le nombre de dossiers traités a diminué de 19 % par rapport à 1981, qu'il s'est peu modifié en 1983 et qu'il a de nouveau nettement augmenté en 1984.

B.10 Quelques remarques sur le SIDA

On estime que 30 à 70 % des toxicomanes sont contaminés par le virus du SIDA (HIV). En fin 1986, le nombre de cas de maladie déclarée chez les toxicomanes est de 120, c'est-à-dire environ 10 % de l'ensemble des cas. (Données nationales). La mise en vente libre des seringues dans les officines est envisagée.

C. INTERETS ET LIMITES DES INDICATEURS

C.1 Emploi des indicateurs dans la ville

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le souligner, l'évaluation des tendances en matière de toxicomanie repose sur la mise en place d'un faisceau d'indicateurs provenant de sources aussi multiples que possible. Mais, la seule existence de données chiffrées n'est pas, en soi, suffisante ; encore faut-il que leurs significations réelles aient été vérifiées.

Le premier recours à l'institution sanitaire devrait être l'indicateur le plus fiable dans ce domaine. Il permet, en effet, non pas tant de connaître le nombre de toxicomanes demandeurs de soins, mais surtout, d'une année sur l'autre, d'évaluer les caractéristiques générales de cette population qui s'adresse aux centres de soins pour la première fois. L'examen détaillé des données disponibles permet alors d'estimer l'ancienneté de l'usage des drogues et d'avoir une idée des produits les plus utilisés dans la rue au moment de l'enquête, sous réserve d'un recueil de données pertinent.

Notre enquête, menée de 1981 à 1983 dans trois centres de soins parisiens, nous donne confirmation de ce point et nous permet, de plus, de préciser que ce premier recours aux centres de soins, tout du moins pour ce qui concerne les héroïnomanes, se produit dans un délai de deux années à la suite de la première prise d'héroïne. Il s'agit d'un fait très important et qui doit être pris en considération, ce premier recours devant être considéré comme en partie révélateur d'une situation antérieure. Il s'agit cependant d'un indicateur précoce si on le compare à la plupart des autres. (Voir tableau en annexe.)

Les interpellations sont d'abord le reflet de l'activité et des moyens des services de police. Les données brutes, c'est-à-dire, par exemple, le nombre total d'interpellations, ne sont pas utilisables dans une perspective épidémiologique. Il conviendrait, en fait, de procéder à une analyse fine de ce que représentent les interpellations et de vérifier à quelle population exacte elles correspondent. Il deviendrait alors envisageable de tirer de ces données un indicateur indirect de tendances.

Les incarcérations ne constituent pas en elles-mêmes un indicateur de tendances, tant leur nombre est conditionné par l'activité des services de police et par l'attitude de la justice, entre autres facteurs. Il n'en reste pas moins qu'elles concernent globalement une population différente de celle qui est régulièrement suivie dans les centres de soins et donc que leur étude peut fournir des renseignements complémentaires. C'est ainsi que notre étude menée au centre pénitentiaire de Fleury Mérogis a permis de préciser que l'usage de la cocaïne est nettement plus fréquent actuellement que ce qu'il était à la fin des années 70 et au début des années 80 ; nous avons vérifié, de plus, qu'il s'agit d'un type d'usage différent de celui de l'héroïne et que, pour la majorité des sujets, il a débuté à partir de 1982.

Les décès liés à l'usage des drogues sont souvent considérés comme étant le témoin de la sévérité, de l'évolution ou de l'ampleur de l'usage des drogues dans une région ou un pays donnés. Si cela était, il faudrait admettre que de tels décès ne surviennent que de façon accidentelle et au hasard parmi l'ensemble des usagers. Nous avons vu qu'il n'en est rien. Bien au contraire (F-R Ingold, 1986) nous avons vérifié que ces décès sont étroitement liés à tout un ensemble de facteurs qui, réunis, permettent de cerner un certain nombre de situations à haut risque. Il en résulte donc qu'il n'existe pas de lien direct entre le nombre de tels décès et l'incidence ou la prévalence de l'usage des drogues.

Certes, il existe une sorte de lien logique entre le nombre d'usagers et celui des décès et il est impensable que l'un et l'autre soient indépendants ou encore qu'ils puissent varier de façon totalement contradictoire. Mais, en définitive, plusieurs faits nous contraignent à abandonner la recherche d'un lien direct entre prévalence et nombre de décès liés à l'usage des drogues : 1) l'ignorance des chiffres réels - 2) l'absence de définition rigoureuse de tels décès et 3) la probabilité selon laquelle ils sont d'abord significatifs d'un certain type d'évolution morbide de l'usage des drogues chez certains usagers. Ces différents points nous font penser que, pour un recueil de données homogène et continu, la variation des chiffres serait plus significative de la situation passée que de la situation présente, le nombre de tels décès devenant presque prévisible, résultant, pour une part, de la dimension épidémique passée de l'usage des drogues mais ne témoignant pas de son évolution actuelle.

Les autres indicateurs méritent également d'être discutés, notamment les saisies, le prix et la pureté des drogues, l'activité des services d'urgence. Les données dont nous disposons ne nous permettent pas, en fait, une discussion approfondie de ces différents points. Ceci est l'occasion, pour nous, de rappeler le caractère indispensable de la continuité dans le recueil des données. Il s'avère, en effet, que certains indicateurs, censés rendre compte d'un fait identique, peuvent parfaitement varier de façon contradictoire pendant un certain temps. Un bon exemple en est l'augmentation quasi régulière des saisies de LSD de 1975 à 1982 tandis que l'usage de ce produit a incontestablement diminué pendant cette période. Ce dernier point nous amène à discuter des relations entre chaque indicateur.

C.2 Relation entre les indicateurs

Si tant est qu'il soit possible de procéder à une évaluation épidémiologique de l'usage des drogues dans une région ou une ville données, cette évaluation ne peut être fiable que si elle repose sur une bonne connaissance de chacun des indicateurs et si ces derniers peuvent être réunis de façon cohérente, les inévitables contradictions des indicateurs entre eux devant pouvoir être assumées et dépassées par une conception théorique d'ensemble. Mais cette conception ne peut être véritablement indépendante des conditions concrètes à partir desquelles elle opère ; elle ne peut qu'être étroitement liée aux sources des données, sources dont le fonctionnement est tributaire de la politique générale de la lutte contre la toxicomanie. A Paris, comme dans le reste de la France, les principales sources de données sont potentiellement celles qui proviennent du secteur sanitaire ; mais celui-ci est ainsi fait que la diversité de son fonctionnement empêche depuis longtemps un recueil de données qui soit systématique, commun et continu. Il en résulte, d'une façon paradoxale, qu'un réseau thérapeutique, très dense et très diversifié, en arrive à décourager la plupart des tentatives d'une approche épidémiologique nationale, voire régionale.

De ce fait, les données qui proviennent du secteur juridique et policier sont encore celles qui fournissent le plus de renseignements à l'heure actuelle, alors même qu'elles n'ont nullement pour objectif ou pour mission de satisfaire une visée scientifique ou épidémiologique.

On peut donc dire, actuellement, que les relations et les articulations qui existent entre les indicateurs effectivement disponibles et les indicateurs potentiels ne sont pas encore véritablement explorables.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que les liens qui unissent ou opposent ces indicateurs ne doivent pas être considérés comme des liens indépendants les uns des autres. Si l'usage des drogues, et notamment l'ensemble de ses manifestations médico-légales, est un fait dynamique, variable en quantité et en qualité d'une époque à l'autre, il faut considérer que les indicateurs donnent principalement des indications sur les différents moments d'un seul et même processus. Ainsi, le fait toxico-maniaque ne saurait être considéré à l'image classique d'un iceberg, à moins de concevoir celui-ci comme une entité très mobile et de forme très variable. Il y a difficulté, d'ailleurs, à concevoir quelle serait, à Paris, la partie immergée de l'iceberg. Cette partie immergée de l'iceberg n'est, en définitive, que le nom donné à un ensemble d'ignorances.

Il s'avère, enfin, que tout n'est pas quantifiable et que tout ne gagne pas à être quantifié. Il est nécessaire, dans un esprit de rigueur, de définir les indicateurs, mais il est également indispensable de les rapporter aux données de l'environnement. Et c'est précisément la raison d'être de l'étude multiville en ce sens qu'elle nous permet de mesurer l'importance de ce fait tandis qu'elle nous interroge sur la faisabilité d'une évaluation épidémiologique nationale d'emblée.

D. CONCLUSIONS

Rétrospectivement, on peut dire que l'usage des drogues illicites est apparu à Paris à la fin des années 60 et que celui-ci s'est considérablement renforcé pendant la deuxième moitié des années 70 et le début des années 80. Bien qu'il soit encore difficile d'évaluer avec précision incidence et prévalence à Paris, nous avons la conviction que la diffusion de l'usage des drogues, tout du moins l'héroïne, a plutôt tendance à se stabiliser, tout du moins à Paris. Certes, le nombre d'héroïnomanes est encore très élevé, mais il résulte, pour une très grande part, de ce dernier mouvement épidémique des années 77-82.

Le changement le plus important, en ce qui concerne les produits utilisés, est le très net développement de l'usage de cocaïne ces toutes dernières années, comme en atteste le fait que ce produit se trouve consommé dans toutes les classes sociales et qu'une partie de sa distribution se fasse dans la rue.

Le dernier point concerne les toxicomanes eux-mêmes. De façon globale, la population des usagers de drogues est nettement plus âgée qu'elle ne l'était dans le courant des années 70 et l'âge moyen actuel se situe autour de 25 ans, alors qu'il y a dix ans, il était plus proche de 21-22 ans. Ce vieillissement apparent des usagers de drogues correspond, en fait, à deux phénomènes distincts : a) le vieillissement naturel de l'ensemble des usagers et b) l'âge d'initiation à l'usage des drogues qui est, aujourd'hui, beaucoup moins uniforme qu'auparavant ; il n'est pas rare que cette initiation se produise chez des sujets bien insérés socialement et ayant de 25 à plus de 30 ans.

Nous n'avons pas abordé les enquêtes en milieu scolaire dans notre présentation dans la mesure où les études disponibles (F. Davidson, M. Choquet, 1978-79) ne nous permettent pas d'en dégager des tendances. Soulignons cependant qu'il ressort de ces études que la région est un facteur non négligeable : dans la région parisienne, 13,6 % des garçons et 10,1 % des filles avaient essayé au moins une fois une drogue alors que la moyenne, pour trois régions de province, était de 7 % à la même époque. Ces données sont, toutefois, difficilement interprétables si l'on tente de les mettre en rapport avec l'usage chronique et intensif de ces mêmes drogues dans le reste de la population.

Ce rapport n'est pas destiné à développer la question des principes de l'évaluation, mais l'étude multi-villes nous amène à souligner, du fait même de son développement, certains des principes indispensables à un travail scientifique d'évaluation. Soulignons qu'il repose sur le caractère systématique et continu du recueil de données, que ce soit dans les institutions sanitaires ou dans les autres services. Mais il importe également de ne pas confondre recherche épidémiologique et enquêtes administratives ; ces dernières sont sans doute nécessaires mais elles ne sont pas ce qui permet de mesurer un phénomène.

La difficulté qui se pose inévitablement au chercheur est, en effet, la nécessité dans laquelle il se trouve de définir précisément et de façon rigoureuse l'objet de son étude. Or, dans le cas de l'usage des drogues, il se trouve confronté à un phénomène dont les définitions juridique, médicale et sociale ne peuvent s'accorder de façon satisfaisante. Il lui faut donc, de façon impérative, déterminer quels seront les points de repère qui permettent de définir chacun des indicateurs.

Ces indicateurs n'ont pas pour fonction d'estimer un nombre d'usagers de drogues, chacun d'entre eux ne témoigne que d'un aspect particulier du devenir de l'ensemble des usagers et il en résulte qu'un indicateur isolé n'a pas de valeur en soi. C'est seulement le regroupement de ces indicateurs qui permet d'évaluer les tendances en matière de toxicomanie, cette évaluation se faisant en quelque sorte par triangulation et reposant sur une bonne connaissance des différentes trajectoires possibles des usagers de drogues. C'est pourquoi une évaluation bien comprise ne se limite pas au recensement des seules conséquences médico-légales de l'usage des drogues, conséquences dont on connaît le caractère tardif. Elle ne peut être qu'une recherche appliquée et c'est ce dont témoigne bien l'activité des experts de notre groupe quand il s'intéresse, notamment, à l'abandon progressif de l'usage des drogues (phénomène du "maturing out" ou de "guérison spontanée des usagers de drogues"), aux représentations que peuvent avoir les toxicomanes des institutions sanitaires et au processus de la dépendance, c'est-à-dire à la dimension dynamique et collective de l'usage des drogues.

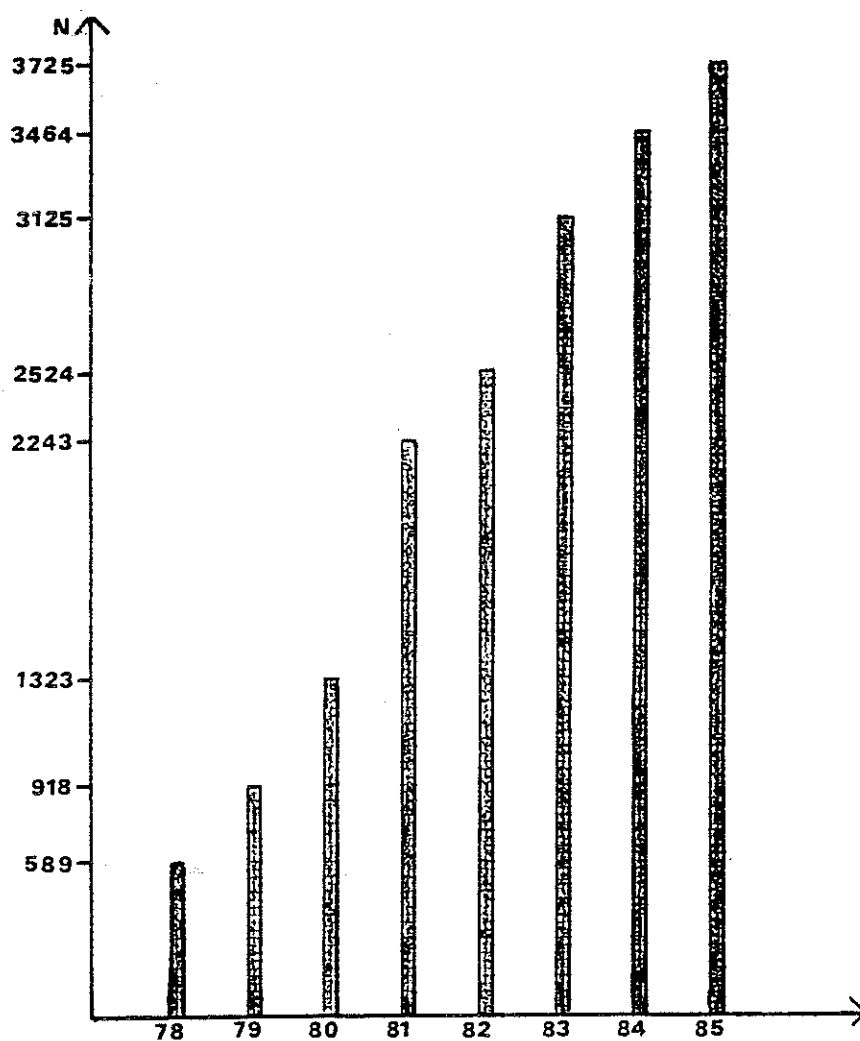
Ainsi est-il concevable, tout du moins pour ce qui concerne Paris, que l'un des résultats de cette étude fournisse des arguments en faveur d'une évaluation nationale de l'usage des drogues, évaluation qui serait réalisable au mieux à partir de travaux d'évaluation menés au niveau des régions. Il est clair, en effet, que si l'activité d'évaluation doit obéir à des impératifs méthodologiques stricts, elle doit également se soumettre à la réalité du terrain, c'est-à-dire à l'ensemble des faits historiques et de l'environnement qui donnent un sens et un visage particuliers à l'usage des drogues.

Ainsi, la notion même d'évaluation doit-elle faire référence tout autant aux grandes enquêtes quantitatives qu'aux études micro-épidémiologiques et ethnographiques, ces dernières étant davantage qu'un simple complément d'information et faisant entrer cette activité dans le champ des sciences humaines.

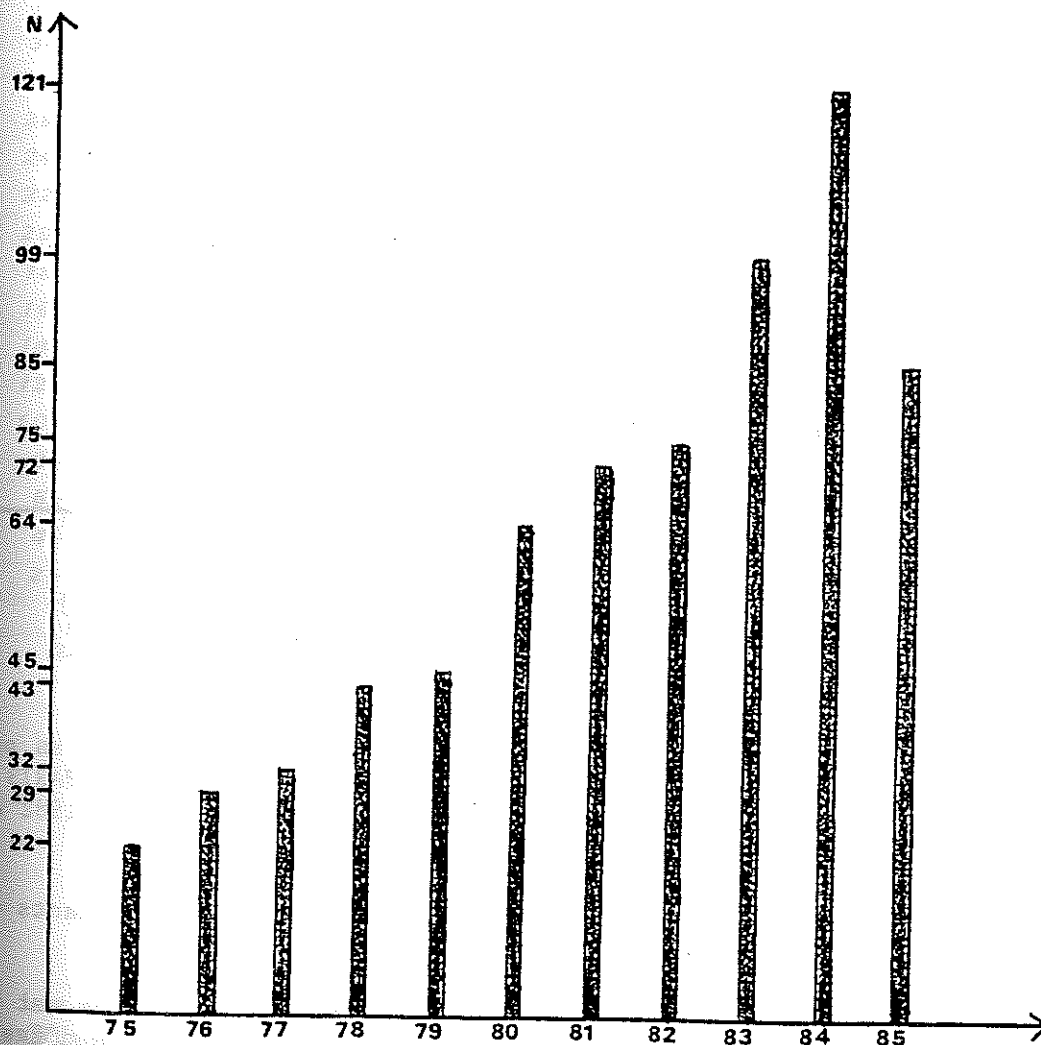
ANNEXE I

DONNEES

NOMBRE D'INTERPELLATIONS POUR USAGE D'HEROINE
PARIS



NUMBRE DE DECES LIES A L'USAGE DES DROGUES
(surdoses)
PARIS



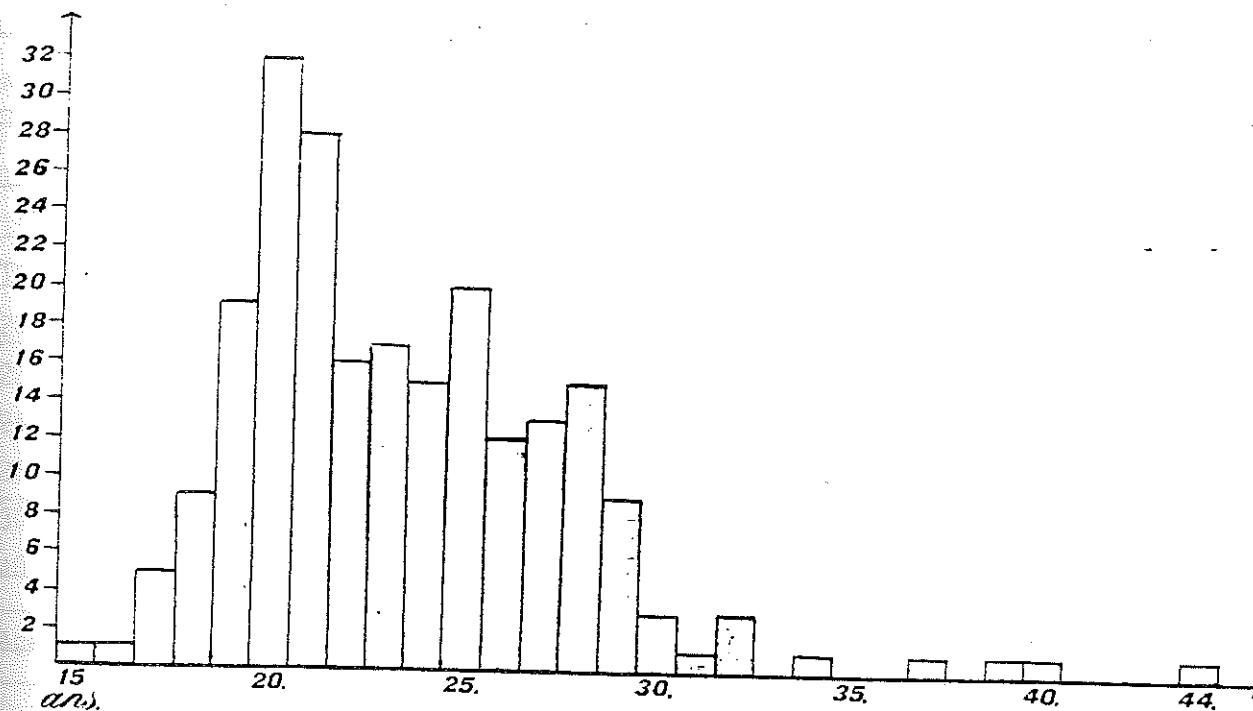
AGE au 1 ^{er} janvier	LES DEUX SEXES		DT ARRIVES DS COMMUNE APRES 1974	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ
	Total	%			
TOTAL	2188960	100,0	802680	1015500	1171460
0 - 4	97260	4,4	56880	49620	47640
5 - 14	200400	9,2	76700	104100	96300
15 - 24	306600	14,2	161760	144160	162440
25 - 34	423940	19,4	266160	212940	211000
35 - 44	293920	13,4	112760	150180	143740
45 - 54	253800	11,6	58660	122380	131420
55 - 59	132600	6,1	21280	58620	73980
60 - 74	293820	13,4	33680	115300	178520
75 ou +	186610	8,5	14800	58200	128420

PARIS

Il convient de distinguer PARIS intra-muros, PARIS et sa proche banlieue (trois départements de la couronne) et la région de PARIS (Ile de France). La population de PARIS a diminué de 5,5 % de 1975 à 1982 et était de 2.188.960 en 1982. Sa superficie est de 105 km².

PARIS et sa proche banlieue compte 6 millions d'habitants et l'Ile de France 10 millions d'habitants.

Le taux de chômage chez les jeunes de moins de 25 ans est de 14,5 % par rapport à la population active des mêmes tranches d'âge, à PARIS. En Ile de France, il est de 16,6 %. (Source : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, INSEE).



Les toxicomanes incarcérés

(Fleury-Mérogis, Paris, 1985)

Source : Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP).

PAYS	NOMBRE	%
Algerie	21	39
Maroc	10	18
Tunisie	10	18
Portugal	3	5
Senegal	2	4
Zaire	2	4
Belgique	1	2
Espagne	1	2
Hollande	1	2
Côte d'ivoire	1	2
Suisse	1	2
Viet-nam	1	2
TOTAL:	54	100

Les toxicomanes incarcérés.
Nationalité des étrangers.
(Fleury-Mérogis, Paris, 1985).
Source : IREP

"Structure par sexe et par âge"

SEXE AGE	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre.	%
14 ans et moins	85	1,1	56	1,6	141	1,2
15 à 17 ans	503	6,2	384	11,2	887	7,7
18 et 19 ans	920	11,4	366	10,7	1.286	11,2
20 et 21 ans	1.323	16,4	518	15,1	1.841	16,0
22 et 23 ans	1.443	17,9	528	15,4	1.971	17,1
24 et 25 ans	1.170	14,5	384	11,2	1.554	13,5
26 à 29 ans	1.433	17,8	459	13,4	1.892	16,5
30 à 39 ans	960	11,9	436	12,7	1.396	12,1
40 ans et plus	232	2,9	300	8,7	532	4,6
Age non précisé	231	2,9	80	2,3	311	2,7
TOTAL	8.300	102,9	3.511	102,3	11.811*	102,7

* Ce tableau ne prend pas en compte les 766 personnes dont le sexe n'a pas été précisé.

Enquête "Toxicomanies" auprès des établissements
4e trimestre 1982.
Service des Etudes Statistiques Informatisées (SESI),
Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale

"Nature des substances utilisées"

Substances	1982 : HOMMES		1982 : FEMMES		1982 : TOTAL*		RAPPEL (en %)		
	Effect.	%	Effect.	%	Effect.	%	1980	1979	1978
Héroïne	4.421	34,7	1.413	26,7	5.842	32,4	37,0	25,5	10,2
Cannabis	2.041	16,0	621	11,7	2.665	14,8	17,8	21,0	23,5
Alcool	1.077	8,5	392	7,4	1.476	8,2	5,0	5,0	7,5
(en association)									
Barbituriques	572	4,5	392	7,4	964	5,3	4,3	5,5	5,5
Autres hypnotiques	205	1,6	233	4,4	440	2,4	0,3		
Tranquillisants & neuroleptiques	571	4,5	543	10,3	1.114	6,2	2,6	4,0	2,2
Autres opiacés	669	5,3	215	4,1	886	4,9	7,5	9,5	11,0
L.S.D.	489	3,8	96	1,8	585	3,2	4,5	6,5	7,5
Trichloréthylène	243	1,9	171	3,2	415	2,3	1,4	**	**
Cocaïne	310	2,4	95	1,8	405	2,2	3,5	3,0	2,5
Anti-dépresseurs	166	1,3	205	3,9	371	2,1	0,3	**	**
Stimulants	176	1,4	78	1,5	254	1,4	3,3	3,5	4,0
Ether	142	1,1	109	2,1	253	1,4	1,3	1,5	2,0
Autres substances	732	5,8	398	7,5	1.136	6,3	4,6	4,0	3,5
Substances non précisées	913	7,2	332	6,3	1.248	6,9	6,8	11,0	7,5
TOTAL	12.727	100,0	5.293	100,0	18.054	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris sexe non précisé.

** Trichloréthylène et anti-dépresseurs non individualisés en 1977 et 1979.

Enquête "Toxicomanies" auprès des établissements
4e trimestre 1982.

SESI, Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

"Evolution depuis 1977 du nombre de toxicomanes accueillis dans les trois principales régions d'accueil et le reste de la France"

RAP (e)							
1980	19						
37,0	2		1977	1978	1979	1980	1982
17,8	2	ILE DE FRANCE	2.118	2.390	2.402	4.278	5.323
5,0	-	- dont PARIS	1.339	1.542	(*)	2.186	2.616
4,3	}	RHONE-ALPES	317	543	925	839	987
0,3	}	PROV.-ALPES-COTE D'AZUR	466	560	667	497	1.139
2,6	7	AUTRES REGIONS	1.650	2.209	2.652	2.299	5.128
7,5	9						
4,5	6						
1,4	7	FRANCE ENTIERE	4.551	5.702	6.645	7.913	12.577
3,5	7						
0,3	*						
3,3	3						
1,3	1						
4,6	4						
6,8	11						
100,0	100						

(*) non disponible

Enquête "Toxicomanies" auprès des établissements
4e trimestre 1982.

SESI, Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

isés en 1977

rité nationale

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Nombre de décès en France	37	59	72	109	117	172	141	164	190
Nombre de décès à PARIS	22	29	32	43	45	64	72	74	99
Proportion des 25 ans et moins de 25 ans en FRANCE	-	86%	66%	68%	73%	68%	73%	70%	64%
Proportion des 25 ans et moins à PARIS	68%	65%	65%	62%	54%	50%	73%	65%	70%

"Nombre de décès liés à l'usage des drogues à Paris et en France ;
proportions de sujets âgés de 25 ans et moins."

Source : F.R. INGOLD, Mission interministérielle de lutte contre la
toxicomanie, 1984.

AGE	I	II	III	IV	V	VI
15 à 19	15%	21%	5%	41%	10%	19%
20 à 24	48%	44%	48%	39%	25%	40%
25 à 29	31%	31%	34%	14%	35%	23%
30 à 34	4%		9%			
		4%		6%	30%	17%
35 et +	2%		3%			

Les toxicomanes incarcérés
(Fleury-Mérogis, Paris 1985).
Source : IREP.

- I Toxicomanes incarcérés
- II Toxicomanes incarcérés (primaires seuls)
- III Décédés. Région de Paris, 1983
- IV Interpellés. Rapport OCRTIS, 1983
- V Régulièrement suivis. D. ROSCH, "Qui sont les toxicomanes que nous soignons". Rapport INSERM, 1983
- VI Demandeurs de soins. Enquête "Toxicomanie" auprès des établissements, (4e trimestre, 1982)

HEROINE		CANNABIS		COCAINE		DIVERS		TOTAL	
T.	US+T.	T.	US+T	T	US+T	T	US+T	T	US+T
804	2451	287	3154	73	56	3	7	1167	5668

PARIS, 1985.

Interpellations pour usage (US) et trafic (T) de drogues.

Source : OCRTIS, rapport 1985.

ANNEXE II

DEFINITIONS

Toxicomane

On entend par "toxicomane" l'usager régulier de drogues, c'est-à-dire de produits inscrits au tableau des substances vénéneuses. En fait, cette définition s'étend également aux consommateurs de médicaments détournés de leur usage médical et d'autres produits, par exemple les solvants volatiles. Dans ce rapport, on entend plus précisément par toxicomane les sujets qui ont recours aux institutions sanitaires spécialisées.

Pharmacodépendance

On entend par pharmacodépendance le processus biologique, psychologique et environnemental se manifestant par un certain type d'usage, maîtrisé ou non maîtrisé, de drogues, médicaments et autres substances ayant généralement des propriétés psychotropes. La pharmacodépendance peut se manifester par des réactions individuelles de tolérance et d'assuétude vis-à-vis de ces substances ; son développement peut se traduire par des conséquences sérieuses sur le plan de la santé ; il est lié à l'intrication de facteurs individuels, biologiques et psychologiques, et de facteurs collectifs, environnementaux et économiques.

Drogue

Les drogues sont les substances vénéneuses inscrites au tableau des stupéfiants. On y trouve en particulier l'opium et ses dérivés, la cocaïne, le cannabis et ses dérivés ainsi que d'autres substances et médicaments (inscrits au tableau B). Par extension, certains produits sont considérés comme des drogues, tels certains solvants organiques dont la vente est réglementée (interdiction de vente aux mineurs).

ANNEXE III

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

1. Bergeret, J., Leblanc, J., Précis de toxicomanie, Masson, Paris, 1984, 258 pages.
2. Beteille, M.R., Bilan statistique général de l'activité judiciaire en 1978. Revue française des Affaires sociales, numéro supplémentaire : La drogue, avril 1981.
3. Curtet, F., Davidson, F., Le devenir des toxicomanes. Ann. Med. Psychol., 1979, 137, 9, pp. 889-899.
4. Davidson, F., Epidémiologie de la toxicomanie. Revue du praticien, 1982, 32, 37, pp. 2447-2452.
5. Davidson, F., Defrance, J., Facy, F., Recherche d'une typologie des jeunes toxicomanes. Psychiatrie de l'enfant, XXV, 2, 1982, pp. 295-318.
6. Guerrieri, R., Pinell, P., Zafiroopoulos, M., Infractions à la législation sur les stupéfiants. Analyse des interpellations des étrangers en France. Déviance et société. 1982, 61, 3, pp. 259-279.
7. Huet, C., Incarcérations de 1984 pour infraction à la législation sur les stupéfiants : données statistiques. Ministère de la Justice, Administration Pénitentiaire, Service des Etudes et de l'Organisation ; Note de conjoncture 54, septembre 1985, 17 pages.
8. Ingold, F.R., Ingold, S., Les toxicomanes incarcérés. Revue internationale de Criminologie et de Police Technique, à paraître, 1986.
9. Ingold, F.R., Le processus de la dépendance chez les héroïnomanes. Ann. Med. Psychol., 1985, 143, 6, pp. 585-593.
10. Ingold, F.R., Recent trends of drug use in France. NIDA, Washington, CEWG, juin 1985.
11. Ingold, F.R., Olievenstein, C., Premiers résultats d'une tentative d'évaluation épidémiologique de la pharmacodépendance à Paris. Bulletin des stupéfiants, 1983, 35, 3, pp. 83-90.
12. Ingold, F.R., Les décès liés à l'usage des drogues illicites. Données françaises et européennes. Bulletin des Stupéfiants, à paraître, 1986.
13. Meurs, D., Noel, A., Les incarcérations de 1984 : données statistiques, Ministère de la Justice. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Service des Etudes et de l'Organisation. Travaux et documents, 31, 1985.
14. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Enquête "toxicomanies" auprès des établissements. (4e trimestre 1982). Informations rapides, SESI, 48, 31 mai 1985, 17 pages.
15. Olievenstein, C., La vie du toxicomane. Séminaire de l'Hôpital Marmottan, PUF, Paris 1982, 116 pages.
16. Rosch, D., Collet, H., Etude sociologique et approche typologique d'une population de sujets toxicomanes suivis en cure ambulatoire. Social Psychiatry, 20, 1985, pp. 131-139.