

**ETUDE "MULTIVILLES" : PARIS**

**Réactualisation des données, Novembre 1994.**



Etudes et Rapports OFDT



0000739

## **SOMMAIRE**

### **INTRODUCTION**

#### **A. DESCRIPTION DE LA VILLE DE PARIS**

- 1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES**
- 2. HISTORIQUE DE L'ABUS DES DROGUES ET SITUATION ACTUELLE.**
- 3. POLITIQUE GENERALE ET LEGISLATION**
- 4. SERVICES MEDICAUX ET SOCIAUX.**
- 5. STRUCTURES DE CONTROLE**
- 6. SYSTEMES DE SURVEILLANCE**

#### **B. INDICATEURS DE L'ABUS DES DROGUES DANS PARIS**

- 1. LES PREMIERES DEMANDES DE SOINS**
- 2. EVOLUTION DE LA MORBIDITE**
- 3. DONNEES SUR LE SIDA**
- 4. LES DECES LIES A L'USAGE DES DROGUES**
- 5. LES INTERPELLATIONS PAR LA POLICE**
- 6. DONNEES JUDICIAIRES ET PENALES**
- 7. LES SAISIES**
- 8. PRIX ET PURETE DES DROGUES.**
- 9. AUTRES DONNEES ET DONNEES ETHNOGRAPHIQUES.**

#### **C. DEBAT ET CONCLUSION.**

- 1. RELATION ENTRE LES DIFFERENTS INDICATEURS.**
- 2. LES TENDANCES**
- 3. CONCLUSION.**

#### **ANNEXES**

- I. TABLEAUX**
- II. ABREVIATIONS**
- III. RESUME**

**Etude "multivilles": Paris.  
Réactualisation des données, Octobre 1994.(1)**

**Mohamed TOUSSIRT\***  
**François-Rodolphe INGOLD\***  
**Françoise FACY\*\***  
**Dominique PECHEUX\*\*\***  
**Delphine ANTOINE \*\*\*\***  
**Jean-Michel COSTES \*\*\*\***  
**Chloé CARPENTIER\*\*\*\*\***  
**Nathalie ROUFFIAC\*\*\*\*\***

## **INTRODUCTION**

Ce document fait suite au rapport publié par le Groupe Pompidou et réactualise les données rassemblées dans le précédent rapport (Mai 1991) concernant la ville de Paris.

Un certain nombre de changements doivent d'emblée être signalés:

1) Le nouveau plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie (Septembre 1993) inclut différentes mesures, dont l'augmentation du nombre de places pour le traitement à la méthadone des héroïnomanes. Le nombre de places pour le traitement à la méthadone à Paris s'élève à 250. Trois hôpitaux (Fernand Widal, Sainte Anne et Cochin) et trois centres pour toxicomanes (Pierre-Nicole, La terrasse et Parmentier MDM) sont concernés par ce programme. Une centaine de places supplémentaires sont en cours d'installation à Paris (Hôpital Laënnec et Hôpital Broussais). En Banlieue Parisienne, deux centres (la clinique Liberté et le Trait d'union) disposent de 25 places chacun. L'évaluation des programmes méthadone a été confiée à l'INSERM.

2) Un centre d'accueil de proximité, qui reçoit les toxicomanes qui ne connaissent pas ou peu les structures sociales et sanitaires, a été ouvert dans le XVIIIème arrondissement de Paris (la Boutique). Ce centre expérimente une nouvelle forme d'accueil. Il met notamment à la disposition des consommateurs de drogues un certain nombre de services: douche, machine à laver, boissons. Des outils de prévention tels que les préservatifs, l'eau, l'eau de javel et les seringues sont à leur disposition. Un second centre vient d'ouvrir ses portes dans le XIXème arrondissement de Paris.

3) Un programme pilote visant la réduction des risques de transmission du VIH liés à la réutilisation de la seringue a été mis en place par l'IREP dans le XVIIIème arrondissement de Paris en 1992. Au cours de cette action, l'IREP a procédé à la distribution de fioles d'eau de javel et d'eau aux consommateurs de drogues. En 1993, une campagne nationale utilisant les mêmes outils de prévention a été étendue à plusieurs arrondissements par l'IREP avec l'aide de nombreuses structures locales. Cette action qui concerne aussi d'autres régions, se poursuit actuellement sur Paris.

4) Le programme expérimental d'échange de seringues mené à Paris par Médecins du Monde a été étendu à d'autres structures : Marmottan, La Terrasse, E.G.O et la Boutique de l'Association Charonne. Par ailleurs, l'échange de seringues se pratique aussi en région parisienne (Seine-Saint-Denis) et dans d'autres villes (Marseille, Strasbourg, Grenoble, Toulouse, Nîmes). Deux échangeurs automatiques de seringues sont installés en Banlieue Parisienne dans le département des Hauts de Seine à Issy-les-Moulineaux et à Boulogne. Un autre distributeur fonctionne également à Nîmes.

(1)Remerciements: Monsieur Michel BOUCHET (Brigade des stupéfiants PARIS)

\*IREP - \*\*INSERM, U. 302 - \*\*\*O.C.R.T.I.S. - \*\*\*\*SESI. -  
\*\*\*\*\*OFDT

## A. DESCRIPTION DE LA VILLE DE PARIS

### 1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La ville de Paris a perdu beaucoup de sa population. Cependant entre 1982 et 1990, les six arrondissements du Nord-Est parisien voient leur population légèrement augmenter, et la population totale de Paris se stabiliser. Il en est de même dans le reste de l'agglomération parisienne. En proche banlieue, la population varie peu, les pertes observées dans certaines communes du sud de Paris sont compensées par des augmentations à l'Est.

Le cadre géographique retenu pour l'étude multi-villes sur l'abus des drogues est celui de Paris intra-muros. Celui-ci, fait partie de l'agglomération parisienne qui comprend, d'une part le département 75 (Paris) et, d'autre part, la proche banlieue, constituée de trois départements:

- 1- le département 92, Hauts de Seine,
- 2- le département 93, Seine-Saint Denis,
- 3- le département 94, Val de Marne.

#### Population de l'agglomération Parisienne (au 31.12.1990)

Département	Population
75 - Paris intra-muros	2. 152. 329
92 - Hauts de Seine	1. 391. 546
93 - Seine-Saint Denis	1. 381. 329
94 - Val de Marne	1. 215. 398
<b>ENSEMBLE : 6. 140. 602</b>	

L'ensemble de la population de l'agglomération Parisienne a peu changé depuis 1982 : elle se situe toujours un peu au-dessus des six millions d'habitants.

Quant à la population de Paris intra-muros, qui était de 2.188.960 habitants en 1982, elle a légèrement baissé en 1990 (2.152.329 habitants). Cependant, on note un léger redressement en 1992 (2.158.300 d'habitants).

### Répartition des 15 - 39 ans à Paris

Age	Ensemble	%	Hommes	Femmes
15 - 19 ANS	108. 270	5,0	54. 299	53. 971
20 - 24	183. 952	8,5	84. 821	99. 131
25 -29	230. 207	10,7	111. 140	119. 067
30 - 34	191. 274	8,9	94. 942	96. 332
35 - 39	166. 813	7,8	81.670	85. 143
Ensemble 15 -39	880. 516	40,9	426. 872	453. 644
Reste de la Pop.	1. 271. 813	59,1	697. 973	
<b>TOTAL</b>	<b>2. 152. 329</b>	<b>100</b>	<b>1. 000. 712</b>	<b>1. 151. 617</b>

### Actifs et Chômeurs 15 - 39 ans à Paris

Age (31.12.90)	Population Active		Dont		
	Nombre	Activité %	Actifs ayant un emploi	Chômeurs Nombre	%
15 - 19	9. 106	8,4	7. 139	1. 720	18,9
20 - 24	89. 127	48,5	74. 169	11. 774	13,2
25 - 29	195. 320	84,8	175. 431	19.193	9,8
30 - 34	171. 482	89,7	155.020	16. 458	9,6
35 - 39	149. 893	89,9	136. 455	13.438	9,0
Total 15-39	614. 928		548. 214	62. 583	
Rest. Pop. Active	518. 975		474. 873	44. 101	
Total Pop Active	1. 133. 903		1. 023. 087	106. 684	

## **2. HISTORIQUE DE L'ABUS DES DROGUES ET SITUATION ACTUELLE.**

C'est à la fin des années 60 que la consommation des drogues illicites est apparue sous sa forme moderne, c'est-à-dire en tant que phénomène quantitativement important, touchant essentiellement les jeunes, associée à de multiples conduites déviantes (errance, délinquance) ainsi qu'à de nombreux problèmes médico-légaux (surdoses, suicides). Dans un premier temps, les consommations de drogues ont été dominées par le haschich et le LSD, tandis que l'usage de l'héroïne restait limité à un groupe de taille restreinte.

Cependant, à partir des années 70, c'est la consommation d'héroïne et d'amphétamines qui s'est imposée comme "modèle" de la toxicomanie et comme la forme la plus grave sur le plan des conséquences médicales et sociales. Cette consommation n'a fait qu'augmenter tout au long des années 70 pour atteindre des proportions sans précédent au cours des années 1977 à 1982. La grande majorité des consultants auprès des centres sanitaires spécialisés a été constituée très rapidement de jeunes héroïnomanes.

Au cours des années 80, l'augmentation du nombre de consommateurs d'héroïne a été plus modérée. En revanche sont apparus de nouveaux problèmes, sous forme d'une augmentation très importante de la consommation des médicaments psychotropes, de la cocaïne en poudre, ensuite de la cocaïne sous forme de crack vers la fin des années 80 puis, enfin de l'ecstasy. Par ailleurs, la consommation du LSD qui faisait partie du paysage de la consommation des drogues dans les années 70, enregistre également un certain retour. Quant à la consommation du cannabis, elle continue à se développer.

Sur le plan sanitaire, la consommation de l'héroïne par voie intraveineuse est liée dès le départ à des problèmes de santé tels que les abcès et les hépatites. L'apparition du Sida achève de caractériser les années 80 et pose de nouveaux problèmes en termes de prévention des conduites à risque, de suivi médical et d'assistance.

La situation actuelle à Paris peut être caractérisée de la façon suivante: tout d'abord, une consommation d'héroïne qui se maintient, principalement par voie intraveineuse. Ce produit est également sniffé et fumé. La consommation de la cocaïne, notamment sous forme de crack continue à se développer sur Paris.

Une population d'usagers de drogues qui n'est que partiellement en contact avec les structures de soins et dont les problèmes sociaux et sanitaires sont graves, la contamination par le VIH et par l'hépatite C d'un grand nombre de toxicomanes.

### **3. POLITIQUE GENERALE ET LEGISLATION.**

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 c'est sa diversité, résultant de la sélection progressive des expériences thérapeutiques les plus satisfaisantes. Au niveau de Paris, il n'y a pas de politique cohérente entre la ville de Paris et sa Banlieue.

#### **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.

#### **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.)

C'est donc la loi du 31 décembre 1970 qui reste d'actualité. Les textes suivants sont venus la modifier ou la compléter sans pour autant la bouleverser :

- Loi N° 80-512 du 7 Juillet 1980, article 2.
- Loi N° 81-82 du 2 Février 1981, article 39.
- Loi N° 83-466 du 10 Juin 1983, article 39.
- Loi N° 83-663 du 22 Juillet 1983, article 51.
- Loi N° 85-10 du 3 Janvier 1985, article 101.

- Loi N° 86-76 du 17 Janvier 1986, articles 3 à 5.
- Loi N° 87-1157 du 31 Décembre 1987, articles 2 à 8 et 12
- Loi du 12 Juillet 1990, relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants.
- Loi du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du Code Pénal

### **Les mesures sanitaires**

Elles concernent 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 psilocybine 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 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, la fabrication, 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 50 000 000 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 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 25 000 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 500 000 francs, ou l'une de ces deux peines seulement. Il y a aggravation de la peine de 5 ans à 10 ans lorsque l'usager est mineur.

#### **-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".

## **4. SERVICES MEDICAUX ET SOCIAUX.**

Le système sanitaire et social en France comprend:

- 1) les centres spécialisés qui sont spécifiquement réservés à l'accueil et au traitement des toxicomanes et qui peuvent avoir une action polyvalente (accueil, sevrage, traitement, post-cure);
- 2) Les établissements sanitaires non spécialisés: hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques;
- 3) les établissements sociaux, enfin, qui interviennent au niveau de la prévention, de l'orientation ou de l'hébergement des toxicomanes. A ce dispositif s'ajoutent, à partir de 1987, les structures spécifiques chargées de l'accueil des toxicomanes en milieu carcéral: quatre "antennes toxicomanie" ont été créées dans la région parisienne, dont une à Paris même (la Maison d'arrêt de la Santé). Signalons, enfin, que la mesure provisoire de mise en vente libre des seringues dans les pharmacies intervenue en 1987 a été rendue définitive en 1990.

Pour améliorer le système sanitaire, les mesures d'urgence qui ont été prises sont:

- Les services hospitaliers seront mieux impliqués dans la prise en charge des toxicomanes: dans chaque établissement, 3 à 5 lits au moins devront être réservés aux cures de sevrage des toxicomanes;
- Les capacités de prise en charge avec hébergement (700 places) seront doublés en 3 ans.
- les médecins libéraux formeront, avec les centres de soins, les services sociaux et les associations, un réseau "Ville-Hôpital-Toxicomanie".
- L'amélioration de l'accès aux soins des toxicomanes incarcérés.

A Paris, le système sanitaire et social spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes s'est mis en place de façon progressive à partir de 1970. Il vient compléter les structures sanitaires existant déjà, tels certains services de psychiatrie et les équipes de centres antipoison. Les services d'accueil et les centres d'hébergement se sont développés, travaillant souvent avec d'autres équipes de province (les centres de post-cure notamment). En effet la prise en charge des toxicomanes par les établissements spécialisés et non spécialisés se diversifie et porte de plus en plus sur les problèmes de réinsertion, d'aide à l'emploi, d'hébergement, de soutien psychologique, de soutien socio-éducatif, et ce en plus des services plus traditionnels de prévention, d'information, d'orientation, de sevrage et de postcure.

On dénombre actuellement à Paris intra-muros 30 centres d'accueil et structures sanitaires spécialisés en toxicomanies à Paris. Parmi ces derniers, 6 centres de distribution de méthadone et 2 centres d'accueil à seuil bas ou "Boutiques". Par ailleurs, deux structures mobiles interviennent dans certains quartiers de Paris. Il s'agit du Bus des femmes qui accueille les travailleurs sexuels consommateurs de drogues ou non et du Bus de Médecins du Monde qui intervient sur Paris pour l'échange de seringues.

Les drogues habituellement consommées par la clientèle des centres spécialisés restent dominées par l'héroïne. Cependant, ces centres enregistrent de plus en plus de consommateurs de cocaïne et de crack.

## **5. STRUCTURES DE CONTROLE**

En France, la Mission Nationale pour le Contrôle des Produits Chimiques (MNCPC) est chargée de prévenir le détournement des précurseurs chimiques tels que l'acétone, l'éther ou l'acide chlorhydrique à des fins de trafic.

A Paris, existe un service policier spécifiquement chargé de la répression, de l'usage et du trafic de drogues, comme dans chaque département et chaque ville importante. Il s'agit de la Brigade des Stupéfiants de Paris. En outre, six divisions de la Police Judiciaire participe de ce contrôle, ainsi que le Service des Injonctions Thérapeutiques qui dépend du Parquet de Paris.

## **6. SYSTEMES DE SURVEILLANCE ET TYPES DE RECHERCHES**

Actuellement, Il n'existe pas de systèmes de surveillance qui fournirait des informations sur l'abus des drogues et qui serait spécifique à la ville de Paris. Pour l'ensemble du territoire, le système d'information de base repose sur les sources policières et socio-sanitaires.

Les interpellations, les saisies de drogues ainsi que les décès liés à l'usage des drogues font partie des données issues des services de police et recensées par un organisme national, l'OCRTIS (Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants). Cet organisme dépend du Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire et est chargé de centraliser toutes les données disponibles, quelle que soit leur origine (police, douane, gendarmerie).

En 1994, la Délégation Générale à la Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie a mis en place une cellule intitulée Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Dans le cadre de ses missions, l'observatoire conduit une étude de faisabilité du future réseau français qui sera intégré au Réseau Européen d'Information sur les drogues et Toxicomanies (REITOX). Les principales sources d'informations sur l'abus des drogues au niveau national sont : 1) le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) dépendant du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 2) des enquêtes en milieu scolaire qui ne portent que sur des adolescents sont menées par l'unité 169 de l'INSERM; 3) des enquêtes épidémiologiques sont effectuées auprès des services de soins spécialisés en toxicomanie en milieu ouvert ou en milieu carcéral par l'unité 302 de l'INSERM.

### **B. INDICATEURS DE L'ABUS DES DROGUES DANS PARIS.**

#### **1. DEMANDES DE TRAITEMENT ET PREMIERES DEMANDES DE TRAITEMENT**

Pour l'indicateur "Demandes de traitement et premières demandes de traitement, nous disposons de deux sources de données : le SESI et l'INSERM.

Concernant la question de la double comptabilisation. Le SESI a commencé à distinguer la notion de recours de celle de sujet toxicomane. En effet, un toxicomane a la possibilité de s'adresser à plusieurs structures.

### Les données du SESI.

L'enquête annuelle du SESI recense les toxicomanes pris en charge en Novembre. Elle distingue parmi l'ensemble des demandes, les premières demandes de traitement. Elle couvre les Centres Spécialisés et les Etablissements Hospitaliers. Les urgences et les établissements sociaux n'y sont pas compris.

Selon cette enquête, au niveau national, la proportion des premières demandes représente un peu moins de la moitié de l'ensemble des demandes. Elle a été de 48,9% en 1993. Pour ce qui concerne Paris, la proportion des premières demandes de traitement représente un peu plus d'un tiers. Elle a été de 41,9% en 1993 (Tableaux CT.3).

On remarque qu'à Paris la proportion des premières demandes de traitement est plus faible qu'ailleurs. Pour les consultants, les premiers recours aux soins se font pour plus de la moitié des cas auprès du système spécialisé, puis auprès des établissements sanitaires, les structures sociales et les généralistes étant plus faiblement sollicités.

### Les données de l'INSERM

La base de données en toxicomanie de l'INSERM est un recueil de données standardisées sur les toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés. Elle est réactualisée tous les 5 ans. La dernière enquête date de 1991. L'unité 302 de l'INSERM conduit également une enquête annuelle (depuis 1989) sur les toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie.

Pour 608 toxicomanes incarcérés, résidant d'ordinaire à Paris, c'est aussi le secteur spécialisé qui est le plus concerné par les sevrages antérieurs à l'incarcération : 54 % des héroïnomanes ont déjà subi un sevrage, dont 26 % en institution et 8 % par un médecin généraliste.

## **2. Morbidité liée à la drogue**

Pour l'indicateur "Morbidité liée à la drogue, il y a lieu de signaler que nous ne disposons d'aucune information concernant les urgences non mortelles liées à la drogue.

### **a) Admissions dans les hôpitaux**

En 1993, le nombre de sujets admis dans les hôpitaux psychiatriques en France est de 1894. Dans les hôpitaux non psychiatriques, le nombre d'admissions est de 3439.

A Paris, 558 sujets sont admis dans les hôpitaux non psychiatriques, et 156 dans les hôpitaux psychiatriques.  
(Voir Tableaux CT.4).

Dans les hôpitaux, on note une augmentation qui atteint 20% (15% dans les services de psychiatrie et 30% dans les services de médecine). L'augmentation des recours à l'hôpital est probablement en relation avec l'infection par le VIH.

Par ailleurs, les structures d'accueil à seuil bas qui se mettent en place s'efforcent de faciliter l'accès aux soins pour les toxicomanes. A Paris, le centre d'accueil de l'association charonne "La Boutique", travaille en collaboration avec le centre médical "Marmottan" et avec certains services hospitaliers.

## **b) hépatites virales**

Nous assistons actuellement à une progression importante de la contamination par le virus de l'hépatite C chez les toxicomanes. Nous ignorons les raisons de cette progression constatée aussi bien à Paris qu'en province. Ceci semble d'autant plus paradoxal dans un contexte où les pratiques des usagers se sont modifiées dans le sens d'une réduction des risques, amenant ainsi une diminution certaine, quoique non chiffrable, du nombre des nouveaux contaminés par le virus du sida.

Les problèmes de santé des toxicomanes aussi bien à Paris que dans le reste de la France, restent dominés par le SIDA et les infections telles que les hépatites.

## **3. SIDA et VIH.**

Les données concernant le SIDA proviennent de quatre sources. Il s'agit: 1) des déclarations obligatoires signalées par le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (B.E.H); 2) des données du SESI; 3) enquête de l'INSERM; 4) enquête de l'IREP.

### Les déclarations obligatoires des cas de SIDA

Le nombre de cas de SIDA déclarés à Paris en 1990 est de 1025. Parmi ces derniers, 110 sont des usagers de drogues par voie intraveineuse, soit 10,7%. En 1991, la proportion de ces derniers a légèrement augmenté : elle a atteint 12,3%. Cependant, ce taux est resté stable en 1993.

Par contre, en France, le taux des usagers de drogues par voie intraveineuse parmi les cas de Sida est beaucoup plus élevé : un quart environ des cas de Sida. En 1990, la proportion est de 24,9% ; en 1993, elle atteint 26,9%.

(Voir Tableaux CT.7)

L'étude au cours du temps fait apparaître une augmentation rapide de la part des toxicomanes dans les cas de SIDA déclarés. Les données relatives à la séroprévalence des toxicomanes indiquent qu'une proportion importante d'entre-eux est contaminée, bien que les chiffres disponibles soient assez différents selon les enquêtes.

### Les données du SESI

Selon l'enquête du SESI (Novembre 1992) qui dispose de données sur Paris, la grande majorité des personnes enquêtées (entre 76% et 81%) ont effectué un test de dépistage du VIH. L'ancienneté de ce test n'est pas connue. Près des deux tiers des toxicomanes enquêtés ont un statut sérologique connu. Entre 28% et 33% des toxicomanes ont un statut sérologique incertain soit parce qu'ils n'ont pas effectué de test de dépistage, soit parce que l'ayant effectué, ils n'en connaissent pas le résultat. En matière de séropositivité, les résultats les plus pertinents paraissent être ceux calculés sur les toxicomanes dont le statut sérologique est connu dans les centres spécialisés et les hôpitaux. Ils sont séronégatifs dans 68% des cas et séropositifs dans 32% des cas.

Parmi les consommateurs d'héroïne ayant été suivi en novembre 1992 dans les centres spécialisés et les hôpitaux, le pourcentage des séropositifs est de 35% (29% dans les centres spécialisés et 41,5% dans les hôpitaux). La surreprésentation des séropositifs en matière de VIH dans les hôpitaux est liée au fait que la séropositivité et le SIDA sont eux-mêmes à l'origine d'un certain nombre de recours au système sanitaire par les toxicomanes.

En 1993, l'enquête du SESI montre que le pourcentage des toxicomanes ayant effectué un test à Paris est à peu près le même qu'en 1992. Il se situe entre 76% et 78%. La proportion de ceux dont le test est connu se situe entre 59% et 65%. Le pourcentage des séropositifs est cependant élevé selon cette dernière enquête. Il est de 44% à Paris, alors qu'il est de 29% sur toute la France. Selon le SESI, cette sur-représentation des séropositifs à Paris doit être mise en relation avec la concentration des hôpitaux et des services spécialisés sur les affections VIH à Paris.

### Les données de l'INSERM

L'enquête de l'INSERM (1991), auprès des toxicomanes traités en région parisienne, indique que le test VIH a été effectué pour 70% des consultants. Le résultat est positif pour 30,3% des cas dépistés.

### Les données de l'IREP

L'étude sur la transmission du VIH chez les toxicomanes (IREP 92) montre que la très grande majorité des sujets (82,5% de la population totale) a subi un test de dépistage. Parmi eux, 95 sujets sont séropositifs, soit 26,5% de l'ensemble des sujets ou 32,1% des sujets ayant été dépistés. En tenant compte des sujets malades de SIDA, au nombre de sept, on arrive donc à une séroprévalence de 28,5% par rapport à l'ensemble de l'échantillon et de 34,5% par rapport à ceux qui ont subi un test de dépistage.

On constate que la séroprévalence de 90/91 est comparable à celle de 87/88, voire légèrement inférieure: sur un échantillon de 280 sujets, 28% étaient séropositifs, soit 36% par rapport aux seuls sujets ayant été dépistés et 40% en y associant les sujets malades de SIDA. D'autre part, on constate aussi une petite augmentation de la proportion des sujets ayant été dépistés (78% en 87/88 et 82,5% en 90/91).

Cependant, pour un nombre significatif de sujets (68, soit 19%), le dernier test de dépistage est ancien, datant de plus d'une année. Pour 63 sujets (17,5%), de plus, le test de dépistage n'a jamais été réalisé. Il est donc possible de considérer que pour 36,5% de notre échantillon, le statut sérologique est en fait incertain (29% en 1987/88). Il y aurait donc une tendance, pour certains sujets au moins, à ne pas répéter de façon régulière les tests de dépistage, surtout quand un premier test négatif a été obtenu. Ceci est confirmé par les données qualitatives.

L'analyse statistique des données relatives aux pratiques à risques sera donc menée en tenant compte de cette situation par rapport au test de dépistage: trois groupes distincts seront considérés: 1) les séropositifs; 2) les séronégatifs; 3) ceux dont le statut sérologique n'est pas ou n'est plus établi de façon certaine. Les sidéens étant en petit nombre (7 sujets) seront classés avec les séropositifs pour ce qui est du traitement statistique des données.

Au niveau de la rue, la séroprévalence est relativement plus faible (21,7%) qu'au niveau des institutions spécialisées (37,2%). De petites variations régionales sont également notables: 33,6% à Marseille, 29,5% à Paris et 20,4% à Metz, ceci sur l'ensemble de l'échantillon.

### LES RESULTATS DES TESTS DE DEPISTAGE

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Séro + et SIDA	77	28,2	25	29,1	102	28,4
N.S.P	108	39,6	23	26,7	131	36,5
Séronégatifs	88	32,2	38	44,2	126	35,1
Ensemble	273	100	86	100	359	100

## DEPISTAGE PAR SITE ET PAR SECTEUR

	Effectif	Séro + et SIDA	N. S. P	Séronégatifs
Marseille	110	33,6 % (37)	38,2 % (42)	28,2 % (31)
Metz	93	20,4 % (19)	46,3 % (43)	20,4 (31)
Paris	156	29,5 % (46)	29,5 % (46)	41,0 % (64)

Rue	203	21,7 % (44)	38,9 % (79)	39,4 (80)
Institution	156	37,2 % (58)	33,3 (52)	29,5 % (46)

<b>Ensemble</b>	<b>359</b>	<b>28,4 % (102)</b>	<b>36,5 % (131)</b>	<b>35,1 (126)</b>
-----------------	------------	---------------------	---------------------	-------------------

#### 4. LES DECES LIES A L'USAGE DE DROGUES

Pour l'indicateur "Décès liés à la drogue", les données exposées ci-dessous sont issues de l'OCRTIS et de l'INSERM.

##### a. Les données de l'OCRTIS.

Le nombre de décès liés à l'usage de drogues à Paris n'a cessé d'augmenter d'une année sur l'autre depuis 1985. Il était de 104 cas en 1986, Il a atteint 204 cas en 1992 ce qui représente le double du chiffre enregistré en 1986. On constate une tendance à l'augmentation encore plus rapide sur le plan national: le nombre de décès est passé de 172 en 1985 à 499 en 1992.

Après ces fortes augmentations, l'année 1993 enregistre une diminution de 9% des décès sur le plan national et de 15,2% à Paris. Au cours de cette dernière année, à Paris comme sur le plan national, la très grande majorité (plus de 90%) de ces décès sont principalement liés à la consommation de l'héroïne (Source: OCRTIS).

Décès liés à l'usage de drogues dans l'agglomération Parisienne (Paris et proche banlieue) et au niveau national.

Années	Paris et proche banlieue	France
1990	170	350
1991	205	411
1992	204	499
1993	173	454

## **b. Les données de l'INSERM.**

Depuis une vingtaine d'années, le phénomène d'abus de drogues illicites est apparu en France et continue à se développer entraînant des conséquences sociales et sanitaires importantes pour les toxicomanes et leur entourage. Ces conséquences ont été accrues du fait de la propagation de l'infection par le VIH au cours des dernières années. Les indicateurs permettant d'évaluer ces tendances évolutives sont donc essentiels dans le domaine de la santé publique.

### **Evolution de la Mortalité (1984-1991)**

La statistique nationale des causes médicales de décès permet difficilement de connaître chaque année en France le nombre exact de morts dues à la toxicomanie. En effet, une sous-estimation existe du fait de la méconnaissance actuelle de la cause de certaines morts "suspectes" ayant fait l'objet d'une investigation médico-légale (en particulier dans les grandes villes, Paris, Lyon...). Cette statistique fournit en revanche des informations valables sur l'évolution de ce phénomène car la sous-estimation est restée stable depuis plus de 10 ans.

La statistique est élaborée à partir des certificats médicaux de décès comportant la cause initiale ou principale (directement à l'origine du processus léthal) ainsi que d'éventuelles causes associées (états morbides associés ayant contribué à l'évolution fatale mais ne constituant pas la "cause proprement dite du décès).

Le nombre annuel total de décès pour lesquels est mentionnée la toxicomanie en cause initiale ou en cause associée, bien que relativement faible, a considérablement augmenté au cours de ces dernières années, surtout à partir de 1988, passant de 148 en 1984 à 468 en 1991. Dans la majorité des cas la toxicomanie est considérée comme la cause initiale de la mort. En 1991, ce diagnostic était mentionné en cause initiale pour plus de 60% du totale des cas.

Le nombre de morts dues à la toxicomanie (toxicomanie en cause initiale) a triplé de 1984 à 1991. Après une période de relative stabilité jusqu'en 1987 est survenue une nette augmentation, particulièrement marquée de 1988 à 1989. Ces décès concernent près de 9 fois sur 10 des jeunes de moins de 35 ans et cinq fois plus souvent des hommes que des femmes. Depuis 1984, la répartition par sexe est restée stable, mais on observe une tendance à l'augmentation de l'âge au décès : les sujets de moins de 25 ans représentent la moitié des décès de 1984 à 1986 contre moins du quart en 1991. Parallèlement, la proportion des morts survenant de 25 à 34 ans a nettement augmenté dans le temps et représente en 1991 près de deux tiers des cas. La répartition régionale des décès, très inégale, est restée stable au cours de ces années: plus de 40% des décédés sont domiciliés en Ile de France et près de 20% en région PACA. La concentration des cas en Ile-de-France est certainement sous-estimée, la méconnaissance des causes de décès liée aux investigations médico-légales étant particulièrement élevée dans la région parisienne. Les décès mentionnant une toxicomanie en tant que cause initiale sont dus majoritairement à des overdoses (en 1991, 85% sur 247 décès chez les hommes et 78% sur 50 décès chez les femmes.

La toxicomanie peut aussi être mentionnée en cause associée; c'est le cas par exemple lorsqu'un toxicomane meurt du SIDA, cette dernière maladie étant alors codée comme cause initiale de la mort. Le nombre de toxicomanies déclarées en cause associée a également fortement progressé, passant de 54 en 1984 à 171 en 1991. Les caractéristiques de ces décès sont proches des précédents: très forte prédominance masculine, plus de trois quarts des cas avant 35 ans, concentration des décès en région parisienne et en Provence-Côte d'azur.

## **5. LES INTERPELLATIONS PAR LA POLICE.**

En 1993, les interpellations liées à l'usage des stupéfiants sont à la baisse dans Paris. Les interpellations pour usage de cannabis ne cessent de diminuer 1990. Cette baisse, s'est accentuée encore en 1993. Celles liées à l'héroïne, stables jusque là, enregistrent également une diminution patente cette année. En revanche, pour ce qui concerne les interpellations liées à la cocaïne, elles n'ont cessées d'augmenter d'une année sur l'autre.

Sur le plan national, les interpellations liées à l'héroïne et la cocaïne continuent d'augmenter. En revanche pour ce qui concerne le cannabis, les fortes augmentations enregistrées ces dernières années, marquent une pose en 1993.

## **6. DONNEES JUDICIAIRES ET PENALES.**

### **a) condamnations pour délits liés à la drogue**

Selon les informations obtenus auprès du Ministère de la justice, le nombre total des personnes condamnés en 1990 à Paris s'élève à 40574. Ces condamnations concernent tous les délits. Parmi celles-ci, 3165 personnes ont été condamnées pour délits liés à la drogue.

Sur l'ensemble de la France, le nombre total des condamnés en 1990, tous délits confondus, est de 469137 personnes. le nombre de personnes condamnées pour délits liés à la drogue est de 20428.

### **b) détentions**

Le nombre de personnes coupables de délits liés à la drogue à Paris et condamnées à la détention est de 3165. Sur l'ensemble de la France, 20428 personnes ont été condamnées à la détention. Parmi celles-ci, 7242 ont été condamnées pour infraction unique et 13186 ont été condamnées pour infractions multiples.

Par ailleurs, le nombre de détenus toxicomanes qui ont été vus en 1992, dans les "antennes toxicomanies" est de 1394 personnes.

## **7. LES SAISIES DE DROGUES ILLICITES.**

L'augmentation considérable des saisies de cocaïne, à partir de 1986, est liée pour une part à d'importantes saisies réalisées parfois en dehors de la Métropole (Antilles); cette augmentation des saisies ne correspond pas à une augmentation parallèle des interpellations pour usage ou pour trafic de cocaïne.

Pour ce qui concerne le cannabis, les chiffres consignés dans le tableau (CT.14) réunissent les deux formes disponibles (herbe et résine). Il est à noter, depuis 1985, la très forte prépondérance des saisies de résine sur celles de l'herbe. Celle-ci commencent à devenir de plus en plus rare au niveau de la rue. A Paris, le cannabis disponible l'est surtout sous forme de résine, provenant principalement du Maroc. Les quantités de cannabis saisies au niveau national, au cours de ces quatre dernières années, ont doublé (21753 kg en 1990, 45783 kg en 1993). Les saisies de cocaïne restent importantes. Quant aux saisies d'héroïne, elle marquent un ralentissement.

En ce qui concerne la ville de Paris, on peut faire les remarques suivantes: 1) les saisies d'héroïne sont restées plus au moins stables entre 1990 et 1993; 2) les saisies de cocaïne ont été importantes ces dernières années, même si en 1993 une baisse sensible a été enregistrée; 3) l'augmentation des quantités de cannabis saisies ces dernières années, à noter les saisies exceptionnelles enregistrées en 1992 (2164 kg); 4) pour ce qui concerne le LSD, les saisies effectuées en 1992 (4131 doses) et 1993 (9944 doses) se chiffrent par milliers, alors qu'en 1990 le nombre de doses saisies n'était que 129; 5) de fortes saisies d'amphétamines MDMA sous forme de cachet ou de gélule. Il s'agit le plus souvent d'ecstasy. Pour ce qui concerne le nombre de saisies voir tableau (CT.15).

## **8. PRIX ET PURETE DES DROGUES.**

Nous nous référons ici, essentiellement à des données qualitatives issues des recherches ethnographiques réalisées au niveau de la rue par les chercheurs de l'IREP.

Si nous prenons comme référence les prix habituellement pratiqués au niveau de la rue à Paris, nous constatons que ces derniers sont restés remarquablement stables entre 1986 et 1992. Cependant à partir de 1993, nous constatons que les prix de l'héroïne et de la cocaïne, à Paris, sont à la baisse. Le gramme d'héroïne se négociait au même prix que celui de la cocaïne, à savoir de 600 à 800 Francs le gramme non pesé: actuellement, le gramme de rue dit un "G", peut descendre à 400 Francs.

Le prix du cannabis a peu changé, de 20 à 50 Francs le gramme. Le LSD est vendu de 50 à 100 Francs la dose et l'Ecstasy de 150 à 300 Francs. Depuis 1988, le prix du "crack", n'a pas non plus changé. Il est vendu dans la rue à Paris à 100 francs le "caillou" et 400 francs la "galette". Certains consommateurs, arrivent toutefois à négocier un "caillou" à 50 Francs et une "galette" à 300 Francs.

Nous précisons les points suivants: 1) le "gramme" dont il est question n'est pas un gramme "pesé", il contient une quantité de drogue inférieure à un gramme; 2) au niveau de la rue, les quantités disponibles sont des "paquets" de 100 à 600 Francs qui contiennent des quantités indéterminées de drogue: 3) la récente disponibilité de "paquets" ou de "capsules" vendus au prix unitaire de 100 à 150 Francs (au lieu auparavant de 200 et 300 Francs) traduit le souci des "dealers" de s'adapter à la demande de consommateurs qui viennent acheter ponctuellement une petite quantité de drogue ou, surtout, qui n'ont pas les moyens d'investir davantage.

En pratique, donc, les paquets d'héroïne non pesés, dits de "un gramme" (ou "1g", ou un "meugra") sont vendus entre 400 et 800 francs. Les paquets d'héroïne non pesés dits de "un demi" sont vendus entre 250 et 400 francs. Les paquets d'héroïne non pesés dits de "un quart" sont vendus aux environs de 200 francs. Les "bonbonnes" plastifiées, dites aussi "boulettes" et contenant une dose d'héroïne (moins d'un dixième de gramme), sont vendues à 100, 150 et 200 francs l'unité. Certains consommateurs arrivent aussi à négocier deux "bonbonnes" pour 150 francs. L'héroïne habituellement vendue est une héroïne grise et granulée, tandis que de l'héroïne blanche (numéro 4), plus chère (1000 Francs et plus le gramme), est de plus en plus rare.

En ce qui concerne la cocaïne, celle-ci est disponible sous forme de poudre (chlorhydrate) et sous forme de "caillou" (crack). Les prix relevés au cours des différentes investigations ethnographiques de l'IREP confirment une relative stabilité des prix de la cocaïne qui se négocie autour d'une moyenne de 800 francs le gramme. Au niveau de la rue, la cocaïne en poudre est généralement vendue en paquets non pesés ou en "bonbonnes" de 100 à 300 Francs. Elle est presque toujours disponible dans les circuits de l'héroïne. Cependant, sur certains sites parisiens, la cocaïne est devenue autant sinon plus disponible que l'héroïne. Signalons également la récente tendance à la baisse du prix de la cocaïne, baisse pouvant aller jusqu'à 400 Francs le "gramme".

Toutefois, les prix de vente de la cocaïne en poudre connaissent de fortes variations en fonction des lieux, des quantités, de la qualité, des circuits de distribution et de la présence sur le marché du produit. Ainsi, alors que le prix moyen pour un gramme est environ de 800 francs, certains sujets disent dépenser jusqu'à 1500 francs pour un gramme dans certains cas. Les prix les plus habituellement pratiqués, cependant, sont de 600 à 1000 francs le gramme. L'emballage de la cocaïne, au niveau de la rue, diffère de celui de l'héroïne. La cocaïne est mise dans un bout de plastique, celui-ci est recouvert de papier aluminium qui est recouvert à son tour d'un autre bout de plastique soudé au feu. Le produit est ainsi protégé de l'humidité, notamment quand les paquets sont cachés dans la bouche.

Le "crack" est vendu au niveau de la rue par des dealers qui le fabriquent eux-mêmes de manière artisanale à partir de la cocaïne. Les prix du crack n'ont pratiquement pas bougé depuis l'apparition de ce produit à Paris à partir 1988. Il est vendu à 100 francs le "caillou", 200 francs la demi "galette" (2 à 3 "cailloux"), 400 francs la "galette" (5 à 6 "cailloux").

Un autre système de vente est parfois pratiqué, notamment au niveau des sites de distribution de l'héroïne, qui consiste à vendre ensemble deux paquets, l'un contenant de l'héroïne et l'autre de la cocaïne. Ce "lot" est mis à la disposition des cocaïnomanes qui ont besoin d'héroïne pour le "down" et des amateurs de "speed-ball" qui cherchent à obtenir à la fois l'effet

stimulant de la cocaïne et l'effet anxiolytique de l'héroïne. Il arrive parfois que des dealers de cocaïne proposent à leurs clients du crack à la place de la poudre.

Signalons également, que l'héroïne est très présente dans les circuits du crack. Ce produit est consommé soit avant soit après la consommation du crack. Par ailleurs, certains usagers utilisent la voie veineuse pour le "crack": ils diluent le "caillou" avec du citron et se l'injectent.

Le cannabis se vend en "barrettes" de 2 à 3 grammes (50 à 100 Francs) et en unités de 12 grammes (350 Francs). Les médicaments se vendent au comprimé (5 à 10 Francs) ou à la plaquette (50 à 100 Francs). Ces dernières années, les points de vente se sont multipliés et diversifiés, en particulier en relation avec les lieux de prostitution (Pigalle, Porte de la Chapelle, Nation, Porte Vincennes). Une importante activité de deal s'est installée dans plusieurs stations du métro parisien. Globalement, le marché des drogues est devenu beaucoup plus actif qu'au milieu des années 1980.

Les produits pesés, quant à eux, sont disponibles auprès de revendeurs qui travaillent en appartements et qui proposent souvent des produits de plus grande qualité. Les quantités pesées, c'est à dire vendues au poids, le sont pour des achats de plus d'un gramme. Les prix peuvent alors être plus élevés pour des qualités supérieures: 800 à 1200 Francs le gramme d'héroïne; 800 à 1200 Francs le gramme de cocaïne; 40 à plus de 100 Francs le gramme de cannabis sous diverses formes. En proche banlieue, les tarifs sont souvent un peu plus élevés (10 à 30%) qu'à Paris intra-muros et les drogues ne sont pas généralement disponibles au détail.

Le tableau CT.16 en annexe donne les prix en ECU relevés par les services qui travaillent en collaboration avec l'OCRTIS. On peut constater pour l'ensemble des produits, les prix sont plus élevés en province qu'à Paris.

Pour ce qui concerne la pureté de l'héroïne, la qualité de celle-ci, s'est beaucoup améliorée depuis 1993, aux dires des consommateurs d'héroïne eux-mêmes. Plusieurs séries de "surdoses", notamment en province (Nice, Montpellier), témoigneraient de cette évolution. En revanche les consommateurs de cocaïne et de cannabis ne sont pas satisfaits de la qualité de ces produits.

Par ailleurs et selon l'OCRTIS, la pureté de l'héroïne en 1992 et en 1993 se situe entre 5% et 20%. Pour ce qui concerne les produits, nous ne disposons pas d'information sur leur pureté.

## **9. AUTRES ETUDES ET DONNEES ETHNOGRAPHIQUES.**

### **a) Les enquêtes de l'INSERM.**

En ce qui concerne l'INSERM, une stratégie d'enquêtes est développée visant à améliorer la qualité des indicateurs déjà disponibles et à suivre les caractéristiques des populations concernées et leurs besoins en matière sanitaire ou sociale. Parallèlement aux grandes enquêtes nationales ou multirégionales, mais pouvant s'y référer par des points communs, différentes études sont effectuées avec des thèmes délimités, notamment par rapport aux attitudes face au risque du SIDA et à la nature des toxiques utilisés.

Les recherches épidémiologiques menées par l'INSERM U.302, n'ont pas le caractère d'exhaustivité exigé par les statistiques d'activité. Elles visent à assurer une qualité de réponses par la participation volontaire des équipes cliniques à une démarche de recherche.

Les objectifs sont de décrire les sujets traités dans les centres de soins spécialisés (c'est la base des données quinquennale), et de les comparer aux sujets incarcérés pris en charge par les antennes-toxicomanies (enquête annuelle). Les toxicomanes vus en prison montrent une sur-représentation d'hommes (90% contre 75% dans les centres de soins), d'étrangers (21% contre 9%). Les niveaux d'études sont inférieurs. Toutefois les profils toxiques sont voisins: héroïnomanes pour la majorité.

L'aggravation de l'état de santé des toxicomanes dépistés en prison est manifeste mais n'atteint pas les niveaux de pathologies décrits dans les études nord-américaines. Par contre, les femmes toxicomanes incarcérées montrent des situations où les risques sont multiples, infections VIH, problèmes gynécologiques.

A partir des indicateurs obtenus au niveau des statistiques d'activité, et des données épidémiologiques régulières de grandes différences apparaissent au niveau de la répartition géographique de la densité des problèmes liés à la toxicomanie: des comparaisons sont faites à partir des dossiers de patients vus en 1993 dans les centres spécialisés.

on note une sur-représentation de sujets plus âgés en Ile-de-France, plus souvent inactifs et plus souvent sans domicile fixe -sans aucune protection sociale-.

Le produit de début, (majoritairement le haschich en moyenne) est cependant plus souvent l'héroïne pour les consultants de la région parisienne. Il y aurait peut être 2 modes d'entrée dans la toxicomanie, l'un vers 16-17 ans surtout avec le cannabis, l'autre après 20 ans avec de l'héroïne. Le produit principal montre le même sous-groupe d'usagers plus tardifs. Les produits pris seul ou en association avec l'héroïne montrent la prédominance de l'héroïne, plus en grande agglomération et à Paris que dans les départements de province. l'injection intraveineuse concerne le plus souvent les toxicomanes parisiens.

Au niveau de la santé, le test VIH est pratiqué dans plus de la moitié des cas, de façon récente en 1992 et 1993. Le résultat est très différent: 30% à Paris sont séropositifs, contre 10% en Province. Ainsi des différences apparaissent très nettement suivant les zones géographiques, rejoignant l'épidémiologie générale du sida.

De la confrontation des indicateurs actuellement disponibles, différentes hypothèses concernant les nouveaux toxicomanes. Dès 1991, les consultants des centres spécialisés n'ayant pas eu de sevrage montrent une légère baisse de l'usage d'héroïne. Mais pour les héroïnomanes l'histoire de la dépendance entre produits de début et principal est identique en moyenne. L'effet de l'âge, et de la surexploitation aux risques de comorbidité, montre pour ceux qui ont échoué dans la démarche de sevrage plus de problèmes de psychopathologie (avec conduite suicidaires) et de conduites antisociales (avec des incarcérations).

L'évaluation des programmes de prescription de méthadone à des toxicomanes a été confiée par le Ministère de la Santé à l'INSERM. Un échantillon restreint a donné lieu à quelques descriptions: la moitié ont plus de 30 ans, 35% sont des femmes. Ils vivent plus souvent en couple que la moyenne des sujets traités. Le niveau Baccalauréat et qualification professionnelle (68%) sont plus fréquents. L'activité est continue pour 20% et il y a 36% d'employés. Ils sont 80% à avoir comme produit principal l'héroïne. Dans 80% des cas, ils ont eu au moins un sevrage antérieur. Le test VIH est fait dans 80% des cas et 26% sont séropositifs. Ils ont eu une hépatite dans 54% des cas. Il s'agit de sujets héroïnomanes ayant échoué plusieurs fois dans des tentatives de sevrage et dont les facteurs environnementaux représentent un appui au traitement. Leur état de santé est dans un état suffisamment grave pour qu'il puisse être préservé, dans le cadre d'actions de prévention secondaire.

#### **b) Les enquêtes de l'IREP**

Plusieurs enquêtes ethnographiques et recherches-action ont été menées par l'IREP au niveau national (Paris inclus) ou uniquement sur Paris. D'autres travaux sont en cours sur Paris: 1) Le travail sexuel est la consommation du crack; 2) l'économie de la drogue.

En 1989, une enquête ethnographique a été réalisée par l'IREP à Paris sur la consommation de médicaments psychotropes chez les toxicomanes et dans les milieux marginaux. Les produits les plus consommés, en association avec l'alcool le plus souvent, sont la codéine et les benzodiazépines. Cette consommation de médicaments semble avoir beaucoup progressé à partir de 1983 et pose de multiples problèmes médicaux autant qu'institutionnels.

Les résultats de cette étude montrent que le comportement des toxicomanes par rapport à la seringue s'est nettement modifié depuis la moitié des années 80: le partage de la seringue, qui était le fait d'une majorité d'usagers de drogues dans les années 70 et au début des années 80, a considérablement diminué à partir de 1983-1985 et surtout à partir de 1987-1988. Pour 67,3% des sujets interrogés en 1990/1991, l'achat de la seringue va de pair avec son utilisation strictement personnelle: ils ne la prêtent jamais, ni la donnent. Il y a donc progression du "non partage" par rapport à 1987/1988 où ce pourcentage était de 52%. Encore faut-il préciser que le prêt et le don ainsi que l'emprunt sont des pratiques limitées en fréquence.

En 1991/1992, l'IREP a mené une recherche intitulée "APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE DE LA CONSOMMATION DE LA COCAINE ET DU CRACK A PARIS".

Cette étude, centrée sur les consommateurs de cocaïne, a été réalisée à Paris selon une méthode ethnographique. Cette étude a également utilisé la méthode dite de "boule de neige" dans sa forme habituelle. Chaque sujet rencontré nous introduit auprès d'un ou plusieurs

autres sujets susceptibles d'entrer dans l'étude. Cette étude a tenté de répondre à un certain nombre de questions: 1) qui sont les consommateurs de cocaïne?; 2) quels sont les problèmes sanitaires actuellement posés par cette consommation?; 3) quelles sont, actuellement, les tendances de cette consommation.

Un échantillon de 103 sujets a été étudié. L'âge moyen de cette population est de 28 ans. La très grande majorité (89%) de ces sujets est de nationalité française. La majorité des sujets (75%) a un domicile fixe. Le niveau d'études supérieures est atteint par 28% des sujets et le secondaire long concerne 37 % des sujets. Ils sont célibataires dans 59% cas et vivent en couple dans 33% des cas. Les sujets ont une profession dans 63% des cas.

Cette étude ne prétend nullement avoir exploré toutes les formes de consommation de cocaïne et, de la même façon, tous les milieux sociaux. Elle a cependant exploré trois groupes - "Branchés", "Toxicos" et "Rock"- qui témoignent de la très grande diversité des milieux concernés. Cette étude montre que les consommateurs de cocaïne se différencient nettement des autres consommateurs de drogues par les points suivants: 1) ils sont issus d'un milieu social nettement plus aisé; 2) deux tiers d'entre eux ont poursuivi leurs études au moins jusqu'au secondaire long et plus d'un quart ont fait des études supérieures; 3) ils occupent des emplois nécessitant un bon niveau de qualification (cadres et professions intermédiaires), d'autres sont artisans ou commerçants et près des deux tiers ont une activité professionnelle; 4) la majorité d'entre eux ont un domicile personnel.

Ces différences sociologiques vont de pair avec d'autres différences, la façon de se procurer la drogue, les motivations et les modes d'usage ainsi que, finalement, les styles de vie. Les consommateurs de cocaïne de notre échantillon ont des conditions de vie relativement confortables. Le groupe des "Branchés" se caractérise par un degré d'insertion sociale relativement élevé. Le groupe de "toxicos" se situe à l'opposé des "branchés" et se caractérise par une insertion sociale fragile. Le groupe "rock", le plus nombreux, est un groupe intermédiaire. Il se rapproche par certains aspects du groupe "branchés"

Les consommateurs de cocaïne sont peu concernés par les problèmes de santé et, en particulier, ne sont que très peu touchés par l'infection VIH (6 sujets) ou par l'hépatite. Par ailleurs, signalons que les problèmes sanitaires éventuellement posés par la consommation de cocaïne ne sont pas identiques à ceux posés par la consommation de l'héroïne, notamment pour ce qui concerne le sevrage, le suivi médical et les aspects sociaux. Une des grandes différences est la dimension d'urgence des situations et des demandes, surtout pour les plus jeunes et pour les fumeurs de crack.

La consommation de cocaïne à Paris semble avoir augmenté à partir de 1980. Cette augmentation s'est poursuivie de façon progressive tout au long des années 1980. Dans notre présente étude plusieurs éléments concordent pour confirmer cette évolution. L'utilisation de la méthode "boule de neige" dans notre recherche a mis en évidence qu'un grand nombre de sujets étaient en mesure de présenter d'autres consommateurs à nos enquêteurs. Cette étude montre également que la quasi totalité des sujets contactés disent connaître d'autres personnes (parfois beaucoup) qui consomment de la cocaïne autour d'eux. Un autre indice se situe au niveau des réseaux de distribution. La cocaïne déborde ses circuits traditionnels. Elle se manifeste dans d'autres réseaux jusque là réservés à l'héroïne et, dans une moindre mesure, dans les réseaux du cannabis. Enfin, signalons la présence et l'extension de la consommation

de la cocaïne sous forme de crack.

## C. DEBAT ET CONCLUSION

### **1. RELATION ENTRE LES DIFFERENTS INDICATEURS**

Les informations concernant la moyenne d'âge dont nous disposons et provenant de l'indicateur première demande de traitement et de l'indicateur décès liés à l'usage des drogues montrent que les toxicomanes sont plus âgés à Paris qu'en Province. L'indicateur concernant les arrestations, nous donne une moyenne d'âge inférieure à celle des autres indicateurs d'environ 2 ans. Cet indicateur montre aussi que la population de province est plus jeune que celle de Paris.

La proportion des femmes est d'environ un quart lorsqu'il s'agit de traitement. Elles sont moins d'un cinquième lorsqu'il s'agit de décès. Ce taux est encore plus bas lorsqu'il s'agit d'arrestations (voir tableau CT.21)

L'examen des différents indicateurs concernant chacun des produits montre que:

. L'héroïne, reste le produit dominant à Paris comme en province. Les héroïnomanes sont les plus concernés par les premières demandes de traitement et les décès liés à la drogue. L'héroïne est le produit le plus concerné par les saisies et les arrestations.

. Pour la cocaïne, les trois indicateurs -arrestations, saisies et premières demandes de traitement- reflètent une tendance à la hausse. Ceci, se constate aussi bien à Paris qu'en province.

. Les deux indicateurs, arrestations et saisies, concernant le cannabis indiquent des tendances divergentes. A Paris, les arrestations sont à la baisse et les saisies restent fortes. Au niveau national, les arrestations restent fortes et les saisies ont doublées. Quant à l'indicateur concernant les premières demandes de traitement, il continue à progresser.

### **2. LES TENDANCES.**

Nous fondons cette analyse à partir de l'ensemble des données disponibles, y compris les études ethnographiques menées à Paris par l'IREP de 1988 à 1994. Parmi ces données, la prise en considération précise de la chronologie et des dates de première utilisation des drogues est d'un grand intérêt, permettant de situer une certaine dynamique globale de la consommation de drogues illicites. Nous disposons de telles données pour l'héroïne (1990-1991) et pour la cocaïne (1992).

#### **a. Les consommateurs d'héroïne.**

En 1991, (IREP 1992), la date de première consommation d'héroïne se situait avant 1977 dans 15% des cas et entre 1978 et 1984 dans 52% des cas. Dans 33% des cas, la date de première consommation était récente, de 1985 à 1990. Nous pouvions donc dire que le très fort mouvement épidémique de consommation d'héroïne que nous avons précédemment décrit pour

les années 1978-1982 était encore perceptible.

Mais, par ailleurs, nous pouvions également dire que la proportion importante d'usagers nouveaux ou récents (33%), associée au caractère très actif du marché de l'héroïne à Paris, laissait penser qu'il n'y avait pas de réelle "stabilisation" de cette consommation à cette époque. Aujourd'hui, la situation se caractérise par les éléments suivants: 1) tendance à la stabilisation voir même à la baisse d'une partie des séries chiffrées pendant que d'autres séries continuent d'augmenter (police, santé); 2) un marché de l'héroïne qui, à Paris, est en pleine transformation, via une disponibilité croissante (prix qui baissent, pureté vraisemblablement à la hausse); 3) une diversification croissante des modes de consommation: l'héroïne est plus souvent fumée ("chasser le dragon") qu'auparavant; 4) l'implantation massive du "crack" dans plusieurs quartiers de la capitale: elle a pour effet de relancer la consommation d'héroïne.

Nous confirmons donc les premiers éléments d'analyse fournis en 1991: il n'existe encore aucun argument pour dire que le nombre de consommateurs d'héroïne est à la baisse. Au contraire, nous pensons que nous assistons actuellement à un renouveau des consommations d'héroïne et de cocaïne. Ce renouveau n'étant en rien incompatible avec une augmentation relative de l'âge moyen des usagers.

#### b. Les consommateurs de cocaïne.

Selon une étude sur la cocaïne (IREP, 1992) la présence de la cocaïne au niveau de la rue, dans les squatts, dans les "Rave-party" ou dans des lieux publics (night clubs) s'est renforcée au cours des années qui ont suivi 1980, date de la première apparition de ce produit à ce niveau. Nous avons repéré la disponibilité de ce produit dans six sites de rue à Paris, en particulier la nuit. Le crack est également disponible dans la rue et dans certains squatts. Le plus souvent, la disponibilité de cocaïne est associée à celle de l'héroïne.

Notre étude sur les consommateurs de cocaïne et de crack à Paris montre que pour la majorité des sujets (71%) la première année de consommation se situe après 1980, c'est à dire quelle est pour la majorité des sujets relativement récente. La proportion de ceux qui ont commencé avant cette date est de 29%. Dans 40% des cas, ils ont commencé à consommer de la cocaïne entre 1985 et 1991, ce qui est une proportion tout à fait importante. Ces indications montrent qu'il y a un renouveau actuel de la consommation de la cocaïne. Ce renouveau s'explique en partie par une plus grande agressivité du marché et, surtout, il se traduit par de nouveaux modes de consommation et par l'extension de l'usage à des catégories sociales jusque là peu impliquées.

Selon nos observations, la consommation du "crack" concerne des toxicomanes qui étaient auparavant des consommateurs d'héroïne et qui le sont restés. Pour eux, la consommation d'héroïne est au moins un accompagnement à la consommation de "crack". Inversement, les consommateurs de "crack" ont tendance à avoir recours à l'héroïne afin de supporter les effets de cette consommation. Il existe une synergie de ces deux consommations.

Cette implantation à Paris de la consommation de cocaïne, surtout sous forme de "crack", s'est aussi manifestée par l'installation progressive d'un site très particulier de consommation et de revente, ouvert principalement le soir et la nuit: "stalingrad". Il s'agit de tout un quartier, situé dans le dix-neuvième arrondissement, avec une place centrale, où un nombre important d'usagers et d'acheteurs se rassemblent. Il s'agit d'une consommation de nuit qui touche en réalité plusieurs groupes distincts: 1) les travailleurs sexuels de Pigalle et des Boulevards (Porte de la Chapelle notamment); 2) les consommateurs fidélisés au lieu et qui restent sur place; 3) les acheteurs qui ne font que passer et qui vont consommer ailleurs. Soulignons que parmi les deux premières catégories surtout, les problèmes sociaux et sanitaires associés à cette consommation sont très lourds. En un an, une structure de prévention de proximité, la "Boutique", (Association Charonne) a reçue 8347 visites correspondant à 813 clients. Dans 41% des cas, ils utilisent le crack comme produit principal. Selon nous, cette clientèle ne représente qu'une petite minorité des consommateurs de "crack".

### **3. CONCLUSION.**

La situation actuelle se caractérise par la stabilité de certaines séries chiffrées et par la progression à la hausse de certains autres (décès, nombre de saisies, données sanitaires). Mais il reste difficile, à partir des seules données quantitatives, de se prononcer de façon précise sur les tendances en cours. L'âge moyen des toxicomanes augmente relativement peu au fil des années : 25,7 ans en 1987, 27 ans en 1989, 27 ans en 1990, 26,8 ans en 1991, 27,1 en 1992 (SESI). Quoiqu'il en soit, l'ensemble de ces données suggèrent que le nombre global de consommateurs de drogues est nettement à la hausse depuis ces cinq dernières années.

Les données ethnographiques recueillies tout au long de différentes études confirment le caractère très actif du marché des drogues à Paris. Les changements les plus manifestes à cet égard sont les suivants: 1) une très nette progression de la cocaïne et du crack parmi les produits disponibles et consommés; 2) la diminution des prix de l'héroïne et de la cocaïne.

TABLAUX.

ANNEXE I

## DONNEES RELATIVES A LA POPULATION (CT.1)

(année la plus récente : 1992)

Population totale résidente (en milliers)

### *(a) Paris*

groupe d'âge	hommes	femmes	total	
			effectif	p.100 (1)
< 15			416,6	19,3
15-19			148,9	6,9
20-24			170,5	7,9
25-29			194,2	9,0
30-34			183,5	8,5
35-39			172,7	8,0
40-44			181,3	8,4
45-49			127,3	5,9
50 +			563,3	26,1
total			2158,3	100,0
15-39*			869,8	

(1) structure de 1990

### *(b) France*

groupe d'âge	hommes	femmes	total	
			effectif	p.100 (1)
< 15			10928,6	19,1
15-39*			21571,0	37,7
40 +			24718,0	43,2
total			57217,6	100%

(1) structure de 1990

### *Années précédentes (Paris)*

Année	total	15-39*	% 15-39*
1975	2296,6		
1982	2169,4		
1990	2152,3	867,4	40,3

\* groupe d'âge provisoire pour les taux ; sera soumis à décision lors de la prochaine réunion

**Source :**

**TOUTES DEMANDES DE TRAITEMENT ET PREMIERES DEMANDES DE TRAITEMENT (CT.2)**

**(a) Paris**

Années	Premiers contacts			contacts suivants	toutes demandes de traitement		
	Nb	(1) taux	(2)		Nb	Nb	(1) taux
1992	608	28,17	0,64	ND	1945	90,12	2,05
1993	749	ND	ND	ND	2352	ND	ND

**(b) France**

Années	Premiers contacts			contacts suivants	toutes demandes de traitement		
	Nb	(1) taux	(2)		Nb	Nb	(1) taux
1992	5975	10,44	0,26	ND	16180	28,28	0,71
1993	6992	ND	ND	ND	17087	ND	ND

**Source et définition :**

Champ : toxicomanes suivis en novembre dans les centres spécialisés, les hôpitaux, et les centres sociaux non spécialisés.  
Enquête "Toxicomanies" 1992 et 1993 du SESI

**(a) Paris :**

en 1992, on note 21,5% de non-réponses à la question sur les premiers recours.  
en 1993, on note 24,0% de non-réponses à la question sur les premiers recours.

**(b) France :**

en 1992, on note 18,1% de non-réponses à la question sur les premiers recours.  
en 1993, on note 16,3% de non-réponses à la question sur les premiers recours.

\* *taux* :

(1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)

(2) personnes entre 15-39 ans sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 39 ans

Ne donner les taux que si les données des centres de traitement de la ville sont suffisamment représentatives.

**PREMIERES DEMANDES DE TRAITEMENT ( POURCENTAGE DE TOUTES LES  
DEMANDES (AGE, SEXE) (CT.3)**

***(a) Paris***

Année	% de toutes les demandes (1)	âge moyen			% < 25 ans	% de femmes
		hommes	femmes	total		
1992	39,8	27,7	26,1	27,3	35,4	29,4
1993	41,9	26,4	28,7	27,0	38,6	26,7

***(b) France***

Année	% de toutes les demandes (1)	âge moyen			% < 25 ans	% de femmes
		hommes	femmes	total		
1992	45,1	25,8	26,8	26,0	47,5	25,5
1993	48,9	25,7	26,8	26,0	48,1	22,6

(1) attention, il s'agit de la proportion des premiers recours parmi l'ensemble des recours, non réponses exclues.

**Source et définition :**

Enquête "Toxicomanies" 1992 et 1993 du SESI  
 Champ : toxicomanes suivis en novembre dans les centres  
 spécialisés, les hôpitaux, et les centres sociaux non spécialisés.

## ADMISSIONS DANS LES HOPITAUX (CT.4)

*(a) Paris*

Année	Hôpitaux psychiatriques			Hôpitaux non psychiatriques		
	Nb (1)	taux* (1)	taux* (2)	Nb (1)	taux* (1)	taux* (2)
1992	235	10,89	0,25	201	9,31	0,21
1993	156	ND	ND	558	ND	ND

*(b) France*

Année	Hôpitaux psychiatriques			Hôpitaux non psychiatriques		
	Nb (1)	taux* (1)	taux* (2)	Nb (1)	taux* (1)	taux* (2)
1992	2220	3,88	0,10	3637	6,36	0,16
1993	1894	ND	ND	3439	ND	ND

**Source et définition :**

Enquête "Toxicomanies" 1992 et 1993 du SESI

Champ : toxicomanes suivis en novembre dans les centres spécialisés, les hôpitaux, et les centres sociaux non spécialisés.

- \* taux :
- (1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)
  - (2) personnes entre 15-39 ans sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 39 ans

## HEPATITE B (CT.5)

*Non disponible*

*(a) Paris*

Années	Tous cas d'hépatite B			cas liés à la drogue			% de cas liés à la drogue (connus)
	Nb	taux (1)	taux (2)	Nb	taux (1)	taux (2)	

*(b) France*

Années	Tous cas d'hépatite B			cas liés à la drogue			% de cas liés à la drogue (connus)
	Nb	taux (1)	taux (2)	Nb	taux (1)	taux (2)	

### Source et définition

- \* taux :  
(1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)  
(2) personnes entre 15 et 39 ans sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 39 ans

**URGENCES NON MORTELLES LIEES A LA DROGUE (CT.6)**

Tableau provisoire - les catégories dépendront des recommandations du sous groupe technique

*Non disponible*

*(a) Paris*

Année	Nb	taux (1)	taux (2)

*(b) France*

Année	Nb	taux (1)	taux (2)

**Source et définition :**

\* taux :  
(1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)  
(2) personnes entre 15 et 39 ans sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 39 ans  
Ne donner de taux que si les données des salles d'urgence des villes sont suffisamment représentatives

## CAS DE SIDA (CT.7) SITUATION AU 30 JUIN 1994

*(a) Paris*

Années de diagnostic	Tous cas de SIDA		usagers de drogues par voie intraveineuse facteur de risque	pourcentage de toxicomanes par rapport à l'ensemble des cas
	1	2		
	Nb	Nb		
1990	1 025	110	10,7	
1991	1 029	127	12,3	
1992 °	1 046	135	12,9	
1993 °	1 101	135	12,3	

° Données redressées par rapport au délai de déclaration

*(b) France*

Années de diagnostic	Tous cas de SIDA		usagers de drogues par voie intraveineuse facteur de risque	pourcentage de toxicomanes par rapport à l'ensemble des cas
	1	2		
	Nb	Nb		
1990	4 262	1 062	24,9	
1991	4 538	1 197	26,4	
1992 °	4 979	1 291	25,9	
1993 °	5 478	1 472	26,9	

° Données redressées par rapport au délai de déclaration

Source et définition :

déclaration obligatoire des cas de SIDA  
Réseau National de Santé Publique  
BEH, n°32, 1994

## DECES LIES A LA DROGUE (CT.8)

### *(a) Paris*

Années	Décès liés à la drogue		
	Nb (1)	taux * (1)	taux * (2)
1990	170	2,7	0,07
1991	205	3,3	0,08
1992	204	3,3	0,08
1993	173	ND	ND

### *(b) France*

Années	Décès liés à la drogue		
	Nb (1)	taux * (1)	taux * (2)
1990	350	0,6	0,02
1991	411	0,7	0,02
1992	499	0,8	0,02
1993	454	ND	ND

### Source et définition :

OCRTIS

\* taux

(1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)

(2) personnes entre 15-39 ans sur 1.000 habitants âgés entre 15 et 39 ans

**N.B :**

**agglomération Parisienne (Paris et les départements suivants :  
(92, 93, 94)**

**ARRESTATIONS -TOUS TYPES DE DROGUES (CT.9)**

**(a) Paris**

Années	pour consommation	pour trafic	Nb total d'arrestations			% d'arrestations pour consommation
	Nb	Nb	Nb	* taux (1)	* taux (2)	
1990	6 301	1 387	7 688	357	8,7	81,96
1991	6 501	1 551	8 052	374	9,1	80,74
1992	5 572	1 622	7 194	334	8,1	77,45
1993	3 575	1 384	4 959	ND	ND	72,09

**(b) France**

Années	pour consommation	pour trafic	Nb total d'arrestations			% d'arrestations pour consommation
	Nb	Nb	Nb	* taux (1)	* taux (2)	
1990	29 015	5 198	34 213	60,3	1,6	84,81
1991	39 760	5 303	45 063	79,4	2,1	88,23
1992	48 486	5 982	54 468	96,0	2,5	89,02
1993	45 206	6 451	51 657	ND	ND	87,51

**Source :** OCRTIS

**Définition :** Nombre d'arrestations

\* taux : (1) pour 100.000 habitants (tous âges confondus)  
 (2) personnes entre 15-39 ans sur 1.000 habitants âges entre 15 et 39 ans

**ARRESTATIONS PAR TYPE DE DROGUES (CT.10)**

**(a) Paris**

Années	Cannabis		Héroïne		Cocaïne		Autres opiacés		Amphétamines		Autres drogues		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
1990	4 010	63,64	2 108	33,46	160	2,54	1	0,02	14	0,22	8	0,13	6 301
1991	4 049	62,28	2 179	33,52	255	3,92	2	0,03	7	0,11	9	0,14	6 501
1992	3 009	54,00	2 200	39,48	318	5,71	1	0,02	37	0,66	7	0,13	5 572
1993	1 590	44,48	1 564	43,75	364	10,18	0	0,00	26	0,73	31	0,87	3 575

**(b) France**

Années	Cannabis		Héroïne		Cocaïne		Autres opiacés		Amphétamines		Autres drogues		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
1990	20 094	69,33	8 061	27,81	513	1,77	32	0,11	85	0,29	198	0,68	28 983
1991	27 929	70,24	10 499	36,22	803	2,77	46	0,16	88	0,30	396	1,37	39 761
1992	32 179	66,37	14 577	50,30	955	3,30	35	0,12	188	0,65	552	1,90	48 486
1993	28 351	62,72	14 959	51,61	1 021	3,52	21	0,07	307	1,06	547	1,89	45 206

**Source :** OCRTIS

**Définition :** nombre d'arrestations à l'exclusion des arrestations pour trafic

**Remarque :** les usagers de MDMA (ecstasy) sont inclus dans la rubrique Amphétamines, les usagers de crack dans celle de la cocaïne

**CONDAMNATIONS JUDICIAIRES POUR DELITS LIES A LA DROGUE (CT.11)**

**(a) Paris**

Années	Nb total de personnes condamnées (tous délits)	personnes condamnées pour délits liés à la drogue		Délits liés à la drogue en tant que % de toutes les condamnations
		Nb	p.100	
1990	40574	3165	0,08	6,9
1991				
1992	ND	ND	ND	ND
1993				

**(b) France**

Années	Nb total de personnes condamnées (tous délits)	personnes condamnées pour délits liés à la drogue		Délits liés à la drogue en tant que % de toutes les condamnations
		Nb	p.100	
1990	469137	20428	0,04	3,5
1991				
1992	ND	ND	ND	ND
1993				

**Source et définition :**

Ministère de la justice : Statistique annuelle, les condamnations en 1990

**PERSONNES COUPABLES DE DELITS LIES A LA DROGUE CONDAMNEES A LA DETENTION (CT.12)**

*(a) Paris*

Année	Au cours des 12 derniers mois		Prison (effectif)	% de tout	En détention à un moment donné	
	Nb total de condamnations pour délits liés à la drogue	%			Nb de personnes coupables de délits liés à la drogue (effectif)	% des détenus
1990	3165	0,07				
1991						
1992	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1993						

*(b) France*

Année	Au cours des 12 derniers mois		Prison (effectif)	% de tout	En détention à un moment donné	
	Nb total de condamnations pour délits liés à la drogue	% (2)			Nb de personnes coupables de délits liés à la drogue (effectif)	% des détenus
1990	20428 (1)	0,04	17003	0,05	4674	26763
1991						
1992	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1993						

(1) dont 7242 condamnations por infraction unique et 13186 pour infractions multiples

(2) % de toutes les condamnations

(3) condamnations avec peine de prison pour délits liés à la drogue

(4) % de toutes les condamnations avec peine de prison

**Source et définition :**

- Ministère de la justice : Statistique annuelle, les condamnations en 1990.
- Ministère de la justice, Direction de l'administration pénitentiaire, SCERI.

## TOXICOMANES AU SEIN DE LA POPULATION PENITENTIAIRE (CT.13)

*(a) Paris*

*Non disponible*

Années	Au cours de l'année		A un moment donné	
	Nb	% des détenus	Nb	% des détenus

*(b) France*

Années	Au cours de l'année		A un moment donné	
	Nb (1)	% des détenus	Nb	% des détenus
1990	ND	ND	ND	ND
1991	ND	ND	ND	ND
1992	1394	4,5	ND	ND
1993	ND	ND	ND	ND

(1) détenus vus dans les "antennes toxicomanie"

Source et définition :

**QUANTITE DE DROGUES ILLICITES SAISIES (CT.14)**

**(a) Paris**

Années	Cannabis en kg	Héroïne en kg	Cocaïne en kg	Amphétamines		LSD
				kg	doses MDMA	doses
1990	374	109	47	0,1	4 008	129
1991	227	100	73	0,0	5 774	380
1992	2 164	108	83	0,5	1 268	4 131
1993	675	96	57	2,0	4 392	9 944

**(b) France**

Années	Cannabis en kg	Héroïne en kg	Cocaïne en kg	Amphétamines		LSD
				kg	doses MDMA	doses
1990	21 753	405	1 844	16	13 147	30 669
1991	33 120	561	831	19	62 079	27 482
1992	42 074	327	1 625	13	13 911	128 359
1993	45 783	386	1 715	43	133 521	430 617

**Source et définition :**

OCTRIS

**NOMBRE DE SAISIES DE DROGUES ILLICITES (CT.15)**

**(a) Paris**

Années	Cannabis		Héroïne		Autres opiacés		Cocaïne		Amphétamines		Autres drogues		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
1990	3 617	80,92	717	16,04	5	0,11	110	2,46	7	0,16	14	0,31	4 470
1991	3 720	75,47	995	20,19	3	0,06	179	3,63	13	0,26	19	0,39	4 929
1992	2 924	63,51	1 305	28,34	3	0,07	328	7,12	14	0,30	30	0,65	4 604
1993	1 581	47,26	1 304	38,98	2	0,06	389	11,63	40	1,20	29	0,87	3 345

**(b) France**

Années	Cannabis		Héroïne		Autres opiacés		Cocaïne		Amphétamines		Autres drogues		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
1990	13 685	78,30	2 917	16,69	21	0,12	616	3,52	89	0,51	149	0,85	17 477
1991	16 256	78,11	3 410	16,38	48	0,23	787	3,78	118	0,57	193	0,93	20 812
1992	17 474	73,62	4 559	19,21	46	0,19	1 174	4,95	146	0,62	335	1,41	23 734
1993	16 200	69,91	5 092	21,97	21	0,09	1 387	5,99	272	1,17	200	0,86	23 172

**Source et définition :** OCRTIS

**PRIX DE DETAILS DES DROGUES EN ECUS PAR GRAMME (CT.16)**

**(a) Paris**

Années	Petites quantités achetées dans la rue				Plus grandes quantités achetées ailleurs que dans la rue			
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines
1990	6	120	120	ND	2	150	150	37
1991	6	120	120	ND	2	150	150	37
1992	6	120	120	30	2	150	150	37
1993	6	120	120	30	2	150	150	30

**(b) France**

Années	Petites quantités achetées dans la rue				Plus grandes quantités achetées ailleurs que dans la rue			
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines
1990	7	160	180	ND	ND	ND	ND	37
1991	7	160	180	ND	ND	ND	ND	37
1992	7	160	180	30	3	180	180	30
1993	7	130	150	30	3	150	150	30

ND : non disponibles

**Source et définition :** OCTRIS

Niveau "rue"

Cannabis : essentiellement sous forme de résine, conditionnée en barrette d'environ 2 grammes  
Héroïne : conditionnée en dose d'1/4 de gramme  
Cocaïne : conditionnée en dose, comme l'héroïne ou sous forme de crack de 1/10<sup>e</sup> de gramme  
Amphétamine : sous forme de cachet ou de gélule. Il s'agit de MDMA (Ecstasy) le plus souvent

**PURETE (EN %) DES DROGUES ILLICITES AU NIVEAU DU CONSOMMATEUR (CT.17)**

***(a) Paris***

Années	Héroïne en %	Cocaïne en %	Amphétamines en %
1990	ND	ND	ND
1991	ND	ND	ND
1992	5 à 20%	ND	ND
1993	5 à 20%	ND	ND

***(b) France***

Années	Héroïne en %	Cocaïne en %	Amphétamines en %
1990	ND	ND	ND
1991	ND	ND	ND
1992	5 à 20%	ND	ND
1993	5 à 20%	ND	ND

**Source et définition :** OCTRIS

**DONNEES RELATIVES A LA POPULATION GLOBALE (CT.18)**

Type de drogue	Prévalence permanente (2)			
	16-64	16-24	25-44	autres (1) *
Toute drogue	ND	ND	ND	12
Cannabis	ND	ND	ND	11,3
Cocaïne	ND	ND	ND	0,7
Amphétamines	ND	ND	ND	ND
LSD	ND	ND	ND	ND
Héroïne	ND	ND	ND	0,6
Autres	ND	ND	ND	ND

Type de drogue	Prévalence au cours des 12 derniers mois			
	16-64	16-24	25-44	autres (1)
Toute drogue	ND	ND	ND	4,3
Cannabis	ND	ND	ND	3,9
Cocaïne	ND	ND	ND	0,3
Amphétamines	ND	ND	ND	ND
LSD	ND	ND	ND	ND
Héroïne	ND	ND	ND	0,2
Autres	ND	ND	ND	ND

- (1) Enquête Santé annuelle de 1992 (CFES) :
- population de 18 à 75 ans
  - échantillon aléatoire tiré à partir d'un fichier aléatoire des ménages
  - échantillon n = 2 099

(2) au cours de la vie

**Non disponible**

Type de drogue	Prévalence au cours des 30 derniers jours			
	16-64	16-24	25-44	autres
Toute drogue				
Cannabis				
Cocaïne				
Amphétamines	ND	ND	ND	ND
LSD				
Héroïne				
Autres				

**DONNEES RELATIVES A LA POPULATION DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES (CT.19)**

Type de drogue	Prévalence permanente			
	11 à 13 ans	14 à 15 ans	16 à 17 ans	18 ans et plus
Toute drogue	6%	12%	24%	39%
Cannabis	ND	ND	ND	ND
Cocaïne	ND	ND	ND	ND
Amphétamines	ND	ND	ND	ND
LSD	ND	ND	ND	ND
Solvants	ND	ND	ND	ND
Héroïne	ND	ND	ND	ND
Autres	ND	ND	ND	ND

(1) Enquête nationale "Adolescents" 1993 :

- jeunes de 11 ans et plus scolarisés dans le cycle secondaire public (N= 12 391)
- tirage aléatoire proportionnel à trois degrés
- taux de couverture : 91% des élèves de l'échantillon initial

**Non disponible**

Type de drogue	Prévalence au cours des 12 derniers mois			
	12 à 18	12 à 14	15 à 16	17 à 18
Toute drogue				
Cannabis				
Cocaïne				
Amphétamines				
LSD	ND	ND	ND	ND
Solvants				
Héroïne				
Autres				

**Non disponible**

Type de drogue	Prévalence au cours des 30 derniers mois			
	12 à 18	12 à 14	15 à 16	17 à 18
Toute drogue				
Cannabis				
Cocaïne				
Amphétamines				
LSD	ND	ND	ND	ND
Solvants				
Héroïne				
Autres				

## AUTRES ETUDES (CT.20)

*Non disponible*

(1) Description de l'étude : année de référence, nature de l'étude, population étudiée, groupes d'âge, méthode d'échantillonnage, importance de l'échantillon, taux de réponse, représentativité ?

Type de drogue	Prévalence permanente préciser les groupes d'âge
Toute drogue	
Cannabis	
Cocaïne	
Amphétamines	
LSD	
Héroïne	
Autres	

Type de drogue	Prévalence au cours des 12 derniers mois préciser les groupes d'âge
Toute drogue	
Cannabis	
Cocaïne	
Amphétamines	
LSD	
Héroïne	
Autres	

Type de drogue	Prévalence au cours des 30 derniers mois préciser les groupes d'âge
Toute drogue	
Cannabis	
Cocaïne	
Amphétamines	
LSD	
Héroïne	
Autres	

**AGE MOYEN ET PROPORTION DE FEMMES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.21)**

**(a) Paris**

Années	Première demande de traitement		Décès liés à la drogue		Cas de SIDA (toxicomanes procédant à des injections intraveineuses) C	
	A		B		C	
	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes
1990	ND	ND	27,9	18,8	ND	ND
1991	ND	ND	28,6	17,5	ND	ND
1992	27,3	29,4	28,4	19,6	ND	ND
1993	27,0	26,7	30,5	21,0	ND	ND

**(b) France**

Années	Première demande de traitement		Décès liés à la drogue		Cas de SIDA (toxicomanes procédant à des injections intraveineuses) C	
	A		B		C	
	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes
1990	ND	ND	27,6	17,7	ND	ND
1991	ND	ND	27,2	17,5	ND	ND
1992	26,0	25,5	28,2	17,2	ND	ND
1993	26,0	22,6	28,8	20,0	ND	ND

A : SESI  
 B : OCRTIS  
 C : RNSP

**AGE MOYEN ET PROPORTION DE FEMMES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.21 suite)**

**(a) Paris**

Années	Arrestations (toutes drogues)		Arrestations (cannabis)		Arrestations (autres drogues)	
	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes
1990	25,2	9,7	23,3	5,2	27,7	17,7
1991	25,3	9,2	23,4	4,7	28,6	16,7
1992	25,9	10,1	23,5	4,1	28,7	17,0
1993	26,8	10,8	23,9	4,8	29,1	15,6

**(b) France**

Années	Arrestations (toutes drogues)		Arrestations (cannabis)		Arrestations (autres drogues)	
	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes	âge moyen	% femmes
1990	24,0	10,5	22,8	7,5	26,4	17,4
1991	23,8	9,9	22,6	7,0	26,6	16,3
1992	24,1	10,7	22,0	7,6	27,3	16,5
1993	24,5	11,0	23,0	7,5	27,0	17,1

Source : OCRTIS

**REPARTITION PAR TYPE DE DROGUES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.22 : CANNABIS)**

Sources pour l'ensemble des tableaux:

Premiers traitements : SESI

Décès, arrestations, saisies: OCRTIS

Cannabis : en % du chiffre total de chaque indicateur

**(a) Paris**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	ND	ND	4010	64	3617	80,9
1991	ND	ND	ND	ND	4019	62	3 720	75,4
1992	108	17,8	ND	ND	3009	54	2924	63,5
1993	220	30,7	ND	ND	1590	44	1581	47,2

**(b) France**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	ND	ND	20 094	69,0	13 685	78,3
1991	ND	ND	ND	ND	27 929	70,0	16 256	78,1
1992	1561	26,7	ND	ND	32 179	66,0	17 474	73,6
1993	2233	32,8	ND	ND	28 351	63,0	16 200	69,9

**REPARTITION PAR TYPE DE DROGUES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.22 : COCAINE)**

Cocaïne : en % du chiffre total de chaque indicateur

**(a) Paris**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	0	0,0	160	2,5	110	2,4
1991	ND	ND	3	ND	255	3,9	179	3,6
1992	17	2,8	0	0,0	318	5,7	328	7,1
1993	25	3,5	0	0,0	364	10,2	389	11,6

**(b) France**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	5	1,4	515	1,7	616	3,5
1991	ND	ND	5	1,2	803	2,0	787	3,7
1992	146	2,5	0	0,0	955	1,9	1 174	4,9
1993	153	2,2	1	0,2	1 021	2,2	1 387	6,0

**REPARTITION PAR TYPE DE DROGUES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.22 : HEROINE)**

Héroïne : en % du chiffre total de chaque indicateur

**(a) Paris**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	151	88,8	2 108	33,4	717	16,0
1991	ND	ND	192	93,6	2 179	33,5	995	20,1
1992	369	60,9	193	94,6	2 200	39,4	1 305	28,3
1993	365	50,9	165	93,7	1 564	43,7	1 304	39,0

**(b) France**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	302	86,2	8 061	27,8	2 917	16,6
1991	ND	ND	368	89,5	10 419	26,4	3 410	16,3
1992	3006	51,4	460	92,1	14 577	30,0	4 559	19,2
1993	3271	48,1	408	89,9	14 959	33,1	5 092	22,0

**REPARTITION PAR TYPE DE DROGUES POUR LES DIFFERENTS INDICATEURS (CT.22 : AMPHETAMINES)**

Amphétamines : en % du chiffre total de chaque indicateur

**(a) Paris**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	ND	ND	14	0,2	7	0,1
1991	ND	ND	ND	ND	7	0,1	13	0,2
1992	8	1,3	ND	ND	37	0,6	14	0,3
1993	2	0,3	ND	ND	26	0,7	40	1,2

**(b) France**

Années	Premier traitement		Décès		Arrestations		Saisies	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1990	ND	ND	ND	ND	85	0,2	89	0,5
1991	ND	ND	ND	ND	88	0,2	118	0,5
1992	58	1,0	ND	ND	188	0,3	146	0,6
1993	57	0,8	ND	ND	307	0,7	272	1,2

**PROPORTION ENTRE L'INJECTION ET LA PREVALENCE VIH  
PARMI CEUX QUI S'INJECTENT (CT.23)**

**(a) Paris**

Années	S'injectant couramment lors de la demande de traitement				Prévalence VIH parmi ceux qui injectent (spécifier le type d'échantillon)	
	1ère demande de traitement (1)		toutes demandes de traitement (2)		Nb	%
	Nb	%	Nb	%		
1990	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1991	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1992	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1993	381	52,7	1425	71,2	ND	ND

(1) on note 3,5% de non réponses pour les premières demandes de traitement

(1) on note 15,0% de non réponses pour toutes les demandes de traitement

**(b) France**

Années	S'injectant couramment lors de la demande de traitement				Prévalence VIH parmi ceux qui injectent (spécifier le type d'échantillon)	
	1ère demande de traitement		toutes demandes de traitement		Nb	%
	Nb	%	Nb	%		
1990	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1991	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1992	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1993	3022	48,4	8883	62,1	ND	ND

(1) on note 10,6% de non réponses pour les premières demandes de traitement

(1) on note 16,2% de non réponses pour toutes les demandes de traitement

Source : SESI

## ANNEXE II

### ABREVIATIONS

D.G.L.D.T : DELEGATION GENERALE A LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

S.E.S.I : SERVICE DES STATISTIQUES DES ETUDES ET DES SYSTEMES D'INFORMATION

O.C.R.T.I.S : OFFICE CENTRAL POUR LA REPRESSION DU TRAFIC ILLICITE DE STUPEFIANTS

I.R.E.P : INSTITUT DE RECHERCHE EN EPIDEMIOLOGIE DE LA PHARMACODEPENDANCE.

M.N.C.P.C : MISSION NATIONALE POUR LE CONTROLE DES PRODUITS CHIMIQUES

I.N.S.E.R.M : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

O.F.D.T : OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES.

B.E.H : BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE.

## ANNEXE III

### RESUME

#### . Les tendances de l'abus des drogues.

L'ensemble des données disponibles, y compris les études ethnographiques menées, permettent de situer une certaine dynamique globale de la consommation de drogues à Paris. La situation pour ce qui concerne l'héroïne, se caractérise par les éléments suivants: 1) malgré l'accroissement de l'offre et de l'usage de la cocaïne, l'héroïne reste la drogue principale; 2) un marché de l'héroïne qui, est en pleine transformation, via une disponibilité croissante (prix qui baissent, pureté vraisemblablement à la hausse); 3) une diversification croissante des modes de consommation: l'héroïne est plus souvent fumée ("chasser le dragon") qu'auparavant; 4) l'implantation massive du "crack" dans plusieurs quartiers de la capitale a pour effet de relancer la consommation d'héroïne

Nous confirmons donc les premiers éléments d'analyse fournis en 1991: il n'existe encore aucun argument pour dire que le nombre de consommateurs d'héroïne est à la baisse. Au contraire, nous pensons que nous assistons actuellement à un renouveau des consommations d'héroïne et de cocaïne. Ce renouveau n'étant en rien incompatible avec une augmentation relative de l'âge moyen des usagers.

La présence de la cocaïne à Paris au niveau de la rue, dans les squatts, dans les "Rave-party" ou dans des lieux publics (night clubs) s'est renforcée au cours des années qui ont suivi 1980, date de la première apparition de ce produit à ce niveau. Le crack est également disponible dans la rue et dans certains squatts. La consommation de ce sous-produit de la cocaïne concerne également des toxicomanes qui étaient auparavant des consommateurs d'héroïne et qui le sont restés. Le plus souvent, la disponibilité de cocaïne est associée à celle de l'héroïne.

Parmi les autres produits consommés, signalons l'importance de la consommation des médicaments psychotropes, le développement de la consommation du cannabis et de l'ecstasy et un relatif retour du LSD.

La situation actuelle se caractérise par la stabilité de certaines séries chiffrées et par la progression à la hausse de certains autres. Quoiqu'il en soit, l'ensemble de ces données suggèrent que le nombre global de consommateurs de drogues est nettement à la hausse depuis ces cinq dernières années.

Sur le plan sanitaire, la consommation des drogues notamment par voie intraveineuse est liée à des problèmes de santé tels que les abcès, les hépatites et le SIDA. Ceci pose les problèmes de prévention, des conduites à risque, de suivi médical et d'assistance.

## **. Les principaux changements**

Par ailleurs, un certain nombre de changements doivent être signalés:

- 1) Le nouveau plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie (Septembre 1993) inclut différentes mesures, dont l'augmentation du nombre de places pour le traitement à la méthadone des héroïnomanes. Le nombre de places pour le traitement à la méthadone à Paris s'élève à 250.
- 2) Un centre d'accueil de proximité, qui reçoit les toxicomanes qui ne connaissent pas ou peu les structures sociales et sanitaires, a été ouvert dans le XVIIIème arrondissement de Paris (la Boutique). Ce centre expérimente une nouvelle forme d'accueil.
- 3) Un programme pilote visant la réduction des risques de transmission du VIH liés à la réutilisation de la seringue à été mis en place à Paris en 1992. Au cours de cette action, des fioles d'eau de javel et d'eau ont été distribuées aux consommateurs de drogues. Cette action, se poursuit actuellement à Paris et dans d'autres régions.
- 4) Le programme expérimental d'échange de seringues mené à Paris par Médecins du Monde a été étendu à d'autres structures : Marmottan, La Terrasse, E.G.O et la Boutique de l' Association Charonne .