

La TOXICOMANIE dans Le Val d'Oise

Données et Repères

1992
1996

*à l'initiative de l'observatoire des
Toxicomanies et de la Dépendance
du Val d'Oise,*

*présenté par le
Dr Pierre Poloméni*

Sommaire

Introduction.....	1
Infractions à la législation sur les stupéfiants	5
- Trafic	10
- Usage-Revente	10
- Usage.....	11
- Analyse qualitative	12
- Décès par overdoses	14
Recours au système de soins	16
- SESI	16
--SESI, Val d'Oise.....	20
- DDASS	22
-- Hospitalisations pour sevrage	22
-- Injonctions thérapeutiques.....	23
- Centres Spécialisés	25
Mise en place des Réseaux Toxicomanie.....	30
Dispensaire Mobile d'Accessibilité aux Soins.....	32
Travail social.....	33
Sida et toxicomanie.....	34
Les services d'urgences et l'accueil des toxicomanes.....	38
Autres aspects	42
Aspects judiciaires	42
Prévention, Information, Formations	43
Comité Départemental de Substitution	44
En Conclusion.....	45
Annexe 1 - Le Val d'Oise.....	47
Annexe 2 Enquête OMS-CFES.....	48
Annexe 3 Législation européenne (mise à jour 1994)	51
Annexe 4 Législation (principaux textes parus de 1992 à 1996).....	52
Annexe 5 Adresses	61
Lexique.....	61
Bibliographie.....	62

Introduction

Ce document de l'Observatoire des Toxicomanies et de la Dépendance du Val d'Oise permet de prendre connaissance des données de l'année 1996, et de faire un suivi de l'évolution sur 5 ans des différents paramètres. Il propose un bilan quantitatif et qualitatif des données disponibles sur "la toxicomanie" dans le département.

Avec le recueil "1992", un premier pari avait été gagné: proposer un ensemble cohérent de données complémentaires les unes des autres, issues de plusieurs "structures sources". Le deuxième objectif est en cours de réalisation: travailler sur la durée afin d'évaluer les évolutions des différents chiffres.

Rappelons en effet que la méthode de travail employée depuis l'origine est un "suivi de marqueurs". Plutôt que de tendre à tout prix vers un chiffre "parfait" du nombre de toxicomanes dans le département à un "instant t", nous avons voulu interroger les différentes personnes ou institutions confrontées aux utilisateurs de drogues. Ces intervenants possèdent tous une part d'information: la juxtaposition de ces différentes vérités donne une image plus juste du phénomène. L'intérêt principal réside essentiellement dans le suivi de ces différents marqueurs dont l'évolution, année après année, reflète plus justement l'aggravation ou la stabilisation, les modifications en terme quantitatif ou qualitatif, de l'utilisation des produits illicites dénommés "drogues", et des consommateurs. Les chiffres varient en fonction de l'augmentation ou de la diminution du nombre des utilisateurs de drogues, mais aussi en fonction de la plus ou moins grande visibilité des modes d'usages, et enfin des moyens investis pour le "contact" toxicomane-société, qu'il soit d'ordre médical ou policier.

Un tel système (de collecte des indicateurs) au niveau national ou international, est de plus en plus important, et suscite de nombreux travaux. Son intérêt a été de multiples fois souligné, et la mise en place d'un Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (associé au REITOX: réseau européen d'information sur les drogues et la toxicomanies), avec son correspondant français, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, en est l'expression la plus récente.

Au niveau loco-régional, l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) assure régulièrement un suivi et une analyse de la situation en Ile de France.

Enfin, à un niveau départemental, la mission d'un "Observatoire" peut être remplie: être attentif à un problème de santé publique, et fournir aux interlocuteurs en charge de ce problème, un outil, des informations fiables leur permettant de comprendre le phénomène et d'adapter éventuellement les réponses.

Sur le plan des chiffres, nous rappellerons que la proximité de la capitale, et les nombreux déplacements inter-banlieues, font qu'il existe probablement autant de personnes originaires du Val d'Oise qui se font suivre sur le plan médical ou interpellé dans le reste de la région parisienne que dans le département. En effet, dans les différentes sources nationales ou régionales, c'est le lieu d'interpellation ou de soins qui est recensé, et non le lieu d'habitation. Nous avons essayé d'obtenir les données basées sur le domicile.

Les enquêtes nationales, dont nous avons repris les principales données, sont effectuées par 2 grands organismes:

- dépendant du Ministère des Affaires Sociales, la Direction Générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux, et surtout le SESI (Service des Statistiques, des Études, et des Systèmes d'Information) évaluent le poids des toxicomanes dans le secteur sanitaire et social.

Le SESI effectue une enquête portant chaque année sur le mois de novembre. Trois types de structures sont interrogées:

- les centres spécialisés, spécifiques des toxicomanes: accueil, sevrage, consultations, hébergements, postcures
- les établissements sanitaires: les établissements hospitaliers généraux ou psychiatriques
- les établissements sociaux : CHR, clubs et équipes de prévention (tous les services de court séjour et consultations externes, sauf les urgences et les services de chirurgie, de tous les établissements sanitaires, spécialisés ou non dans le traitement de la toxicomanie, ainsi que tous les établissements sociaux en Ile de France).

Définition utilisée pour "toxicomane": Personne dont la consommation de produits illicites, ou de produits licites détournés de leur usage normal, a été prolongée et régulière au cours des derniers mois.

Le type d'informations recueillies est le nombre de recours au système médico-social durant le mois de novembre, estimation du nombre de

toxicomanes ayant recours au système spécialisé dans l'année, avec appréciation du nombre de nouveaux cas.

Cette enquête présente quelques limites: beaucoup d'incertitudes quant au taux de non-réponse et à la qualité de remplissage du questionnaire; délais longs entre le mois concerné et la publication des données.

- par ailleurs, les statistiques de l'OCRTIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants) sont établies à partir des données fournies par l'ensemble des services de la Police Nationale, de la Gendarmerie Nationale et des Douanes. Ces informations se rapportent aux infractions à la législation sur les stupéfiants, et donc en rapport avec l'activité judiciaire des services répressifs.

Champ de l'enquête: Interpellations, recueil des surdoses à partir des "morts suspectes" ayant fait l'objet d'une procédure (recueil permanent)

Définition utilisée pour "toxicomane": Personne faisant usage, ou en possession de drogues illicites, ou incapable de justifier légalement la possession de médicaments pouvant induire une conduite toxicomaniaque

Type d'informations recueillies: Interpellations pour usage, usage-revente. Saisies de drogues illicites. Décès par surdoses. Caractéristiques socio-démographiques des interpellés et des surdoses.

Les limites tiennent au fait que les usagers ne sont pas nécessairement des toxicomanes dépendants et que les seuls produits concernés sont illicites. Par ailleurs, des variations dans les moyens et les stratégies policières entraînent de grandes modifications dans les résultats.

La **définition** utilisée par les différentes sources varie donc parfois. L'**Organisation Mondiale de la Santé**, qui décrit la toxicomanie comme "la perte de la liberté à s'abstenir du toxique", a préféré définir la notion de (pharmaco) dépendance: "État psychique et quelquefois physique résultant de la prise de produits toxiques, caractérisé par des réactions comportementales et autres, sous-tendu par un besoin compulsif à prendre le produit de façon continue ou périodique afin d'en éprouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise provoqué par son absence. Il peut y avoir ou non accoutumance. Un sujet peut être dépendant de plus d'une drogue; sont exclues: l'alcoolomanie ou la dépendance à l'égard du tabac et des boissons caféinées."

Cette notion de toxicomanie évolue au cours des siècles, des cultures ou des opinions. Elle n'est que l'un des comportements susceptibles de modifier la santé ou l'insertion sociale des individus.

L'évolution des consommations des produits toxiques licites, par exemple, est pleine d'enseignements. Elle est connue au travers d'enquêtes régulières.

Nous insistions en 1992 sur la nécessité de mieux connaître la toxicomanie, dans ses différentes présentations, avec le projet de ne plus travailler sur des représentations ou des fantasmes. Nous restons en 1996 déçus du peu d'évolution dans ce domaine. Il reste extrêmement difficile de travailler dans ce domaine sur des bases techniques simples, évaluées et objectives, voire consensuelles, depuis les définitions de toxicité jusqu'aux modèles de soins.

Nous avons fait le choix de suivre "la toxicomanie" c'est-à-dire essentiellement l'héroïnomanie. Il est évident que de nombreux problèmes d'ordre ou de santé publique sont posés par l'usage de cannabis. Jusqu'à ce jour, la morbidité, la mortalité, et les désordres familiaux ou sociaux relèvent essentiellement de l'usage d'héroïne, de cocaïne, et plus récemment d'amphétamines, ce qui justifie notre choix.

Nous avons signalé à plusieurs reprises que les champs de la toxicomanie et du soin étaient en pleine évolution. Ceci se confirme de façon inquiétante en 1996 avec l'explosion du crack et de l'ecstasy, et pour ce qui est de la thérapeutique, l'irruption des produits de substitution qui, en dehors des réseaux ville-hôpital, semble mal contrôlée. Le défi de cette fin de siècle (dans la mesure où la société ne réussirait pas à contrôler le chômage, la pauvreté, le stress, l'insécurité, la solitude, les problèmes dépressifs et l'alcoolisme, la surpopulation des villes et la désertification des campagnes....) est bien de prévoir la toxicomanie et les toxicomanes de demain, afin de créer l'environnement préventif, répressif et thérapeutique le plus adapté.

.INFRACTIONS à la législation sur les stupéfiants

Les infractions à la législation sur les stupéfiants comprennent les infractions pour trafic (local, régional, national, international), pour usage-revente, et pour usage, des différents produits relevant de la Convention Internationale sur les Stupéfiants.

Les tableaux et les commentaires ci-dessous explorent l'évolution des infractions dans leur globalité, ou ciblent les informations sur un type d'infraction, un produit, une zone géographique donnée.

Tableau: Infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS)

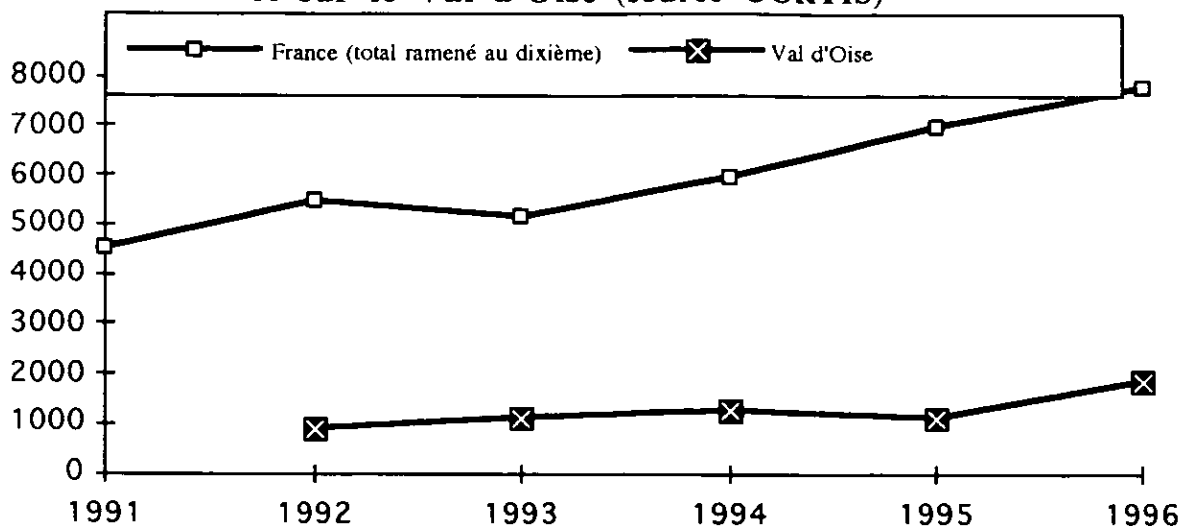
Total infractions	1991	1992	1993	1994	1995	1996
France(OCRTIS)	45063	54468	51657	59697	69432	77640
Val d'Oise(OCRTIS)		897	1090*	1272*	1079*	1852*

*Les données officielles de l'OCRTIS concernant le Val d'Oise comptent en plus des chiffres notés ici, les trafiquants internationaux interpellés à Roissy: pour 1993: 65; pour 1994: 118; pour 1995: 107; pour 1996: 164.

Ce tableau reprend l'ensemble des infractions relevées sur une année. Le Ministère de l'Intérieur (OCRTIS) a, depuis près d'une dizaine d'année, élaboré un fichier des affaires, qui est une source (d'accès bien sûr confidentiel) intéressante pour apprécier l'évolution de la toxicomanie.

L'augmentation importante des ILS sur le Val d'Oise notée par l'OCRTIS en 1996 est en partie liée à un meilleur recueil auprès des instances locales. La comparaison avec les chiffres directement fournies par Police et Gendarmerie du Val d'Oise atténue cette impression de hausse brutale. La Direction Départementale de la Sécurité Publique du Val d'Oise signale cependant une augmentation de 25,97% de son activité entre 1995 et 1996 pour les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants. Nous verrons ci-après que les interpellations pour usage de cannabis fournissent l'essentiel de ces interpellations et de son augmentation.

Évolutions comparées des ILS sur la France (au dixième) et sur le Val d'Oise (source OCRTIS)



Depuis que ces statistiques sont exploitées, l'augmentation est continue. Selon les années, elle est explosive ou modérée. Elle est aussi en rapport avec l'augmentation des moyens (que nous n'avons pas la possibilité d'évaluer au niveau de l'Observatoire).

Évolution des Interpellations pour Infractions à la Législation sur les Stupéfiants, en 1992, 1995, 1996, France Entière (source OCRTIS)

Interpellations	1996/1995	1996/1992
Trafic International	+7,41%	+28,7%
Trafic Local	+20,68%	+43%
Usage Revente	+28,11%	+88,6%
Usage	+7,74%	+35,1%

Évolution des Interpellations pour Infractions à la Législation sur les Stupéfiants, en 1992, 1995 et 1996, Val d'Oise (source DDPU- Gendarmerie)

Interpellations	1996/1995	1996/1992
Trafic	-34%	-27%
Usage Revente	+24,8%	+64,9%
Usage	+21,9%	+124%

Le Val d'Oise se caractérise sur ces tableaux par une stabilité des interpellations pour trafic, mais les affaires sont souvent traitées à l'échelon régional ou national, et par une augmentation majeure des interpellations pour usage (tous produits confondus).

Évolution des Interpellations pour Usage et Usage-Revente, pour certaines drogues, en 1992, 1995, 1996, France Entière
(source OCRTIS)

Drogues	1996/1995	1996/1992
Cannabis	+22,37%	+58,6%
Héroïne	-15,78%	=
Cocaïne (+ crack)	+20,67%	+73,6%
Psychotropes	-17,15%	-35%
Ecstasy	+5,08%	+393% (/ 1993)
L.S.D.	+16,59%	+229%

Ce tableau est particulièrement instructif car il montre la stabilité de l'usage d'héroïne depuis 5 ans, l'augmentation du cannabis (sur un nombre d'usagers très important), et l'explosion "crack et cocaïne" sur des chiffres faibles. De même, le pourcentage de 229% pour le LSD n'est pas significatif en nombre de personnes concernées.

Évolution des Interpellations pour Usage et Usage-Revente, pour certaines drogues, en 1992, 1995 et 1996, Val d'Oise (source DDSP)

Drogues	1996/1995	1996/1992
Cannabis	+31,5%	+170%
Héroïne	+29,7%	+68,5%
Cocaïne (+ crack)	+23%	+433%

Les caractéristiques notées plus haut pour notre département se retrouvent ici, avec une augmentation des interpellations pour usage de tous les produits, prédominante pour le cannabis. Les usagers d'héroïne sont plus nombreux en 1996 qu'en 1995, ce qui n'est pas retrouvé au niveau national. Enfin, l'apparente explosion au niveau de la cocaïne se joue sur très peu d'individus (autour d'une dizaine) et ce pourcentage n'est donc pas significatif.

Comparaison des Interpellations entre les différents départements de la Région Parisienne (source OCRTIS)

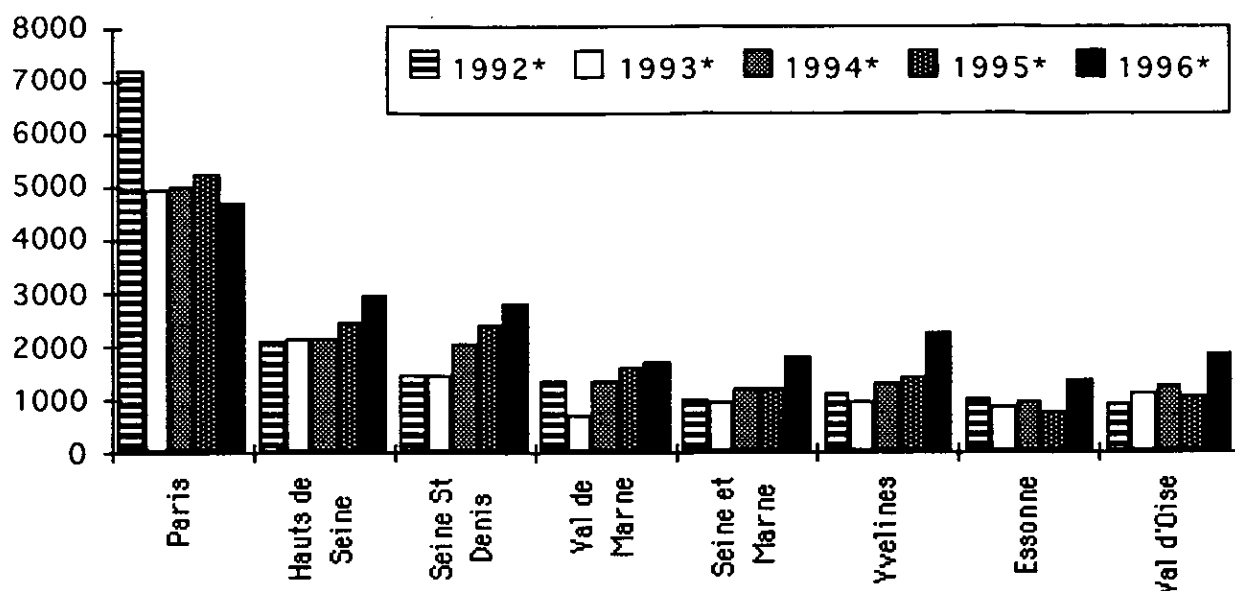
Nota 1: à rapporter à la population , voir annexe 1

	1992	1993	1994	1995	1996
	total ILS	total ILS	total ILS	total ILS	total ILS
Paris	7194	4959	4976	5246	4690
Hauts de Seine	2092	2158	2163	2446	2942
Seine St Denis	1472	1479	2053	2396	2824
Val de Marne	1373	710	1368	1619	1712
Seine et Marne	1017	972	1204	1207	1808
Yvelines	1088	983	1292	1420	2235
Essonne	1015	837	955	770	1339
Val d'Oise	897	1090*	1272*	1079*	1852*

*Les données officielles de l'OCRTIS concernant le Val d'Oise comptent en plus des chiffres notés ici, les trafiquants internationaux interpellés à Roissy: pour 1993: 65; pour 1994: 118; pour 1995: 107; pour 1996: 164.

On observe sur tous les départements de la petite et de la grande couronne, une augmentation nette des interpellations entre 1995 et 1996. Seul Paris présente un tassement. Ce déplacement est lié soit aux lieux de trafic et d'usage (avec par exemple une saturation ou une trop grande connaissance des marchés parisiens), soit à une redistribution des moyens.

Représentation comparative des départements de l'Ile de France pour le total des ILS



Comparaison des Interpellations entre les différents départements de la Région Parisienne pour l'usage et l'usage-revente (source OCRTIS)

	1993	1994	1995	1996
	Usage (et revente)	Usage (et revente)	Usage (et revente)	Usage (et revente)
Paris	3575	3445	4520	3885
Hauts de Seine	1970	1975	2279	2528
Seine St Denis	1209	1747	2147	2435
Val de Marne	587	1240	1424	1474
Seine et Marne	914	1153	1134	1660
Yvelines	911	1230	1306	2063
Essonne	774	880	680	1184
Val d'Oise	1030	1198	990	1765

On retrouve l'augmentation signalée plus haut dans les domaines de l'usage et de l'usage-revente.

La mobilité des trafiquants et des usagers est réelle. Les interpellations, les endroits de soins et les décès sont répartis sur le territoire régional. Les lieux d'interpellation, où sont répertoriées les affaires, sont souvent différents des lieux d'habitation.

Il est possible cependant dans certains cas, d'étudier les zones d'habitations des personnes interpellées pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants.

- Trafic

Total trafic	1991	1992	1993	1994	1995	1996
France (OCRTIS) (local et international)	5303	5982	6451	7179	7084	8412
Val d'Oise (DDPU + Gendarmerie)	76	65	52	89	72*	47*
cannabis(DDPU)	40%	51%	46%	47%	66%	55%
héroïne(DDPU)	60%	49%	53%	49%	25%	43%
cocaïne(DDPU)	1%	0	0	1%	8%	0

* ne sont comptées pour la DDSP que les affaires dans lesquelles il n'y a pas usage

Les affaires de trafic se traitent essentiellement au niveau régional ou national. Les variations très sensibles au niveau du département d'une année sur l'autre, sont dues à l'importance de telle ou telle affaire qui alourdit brusquement les chiffres d'une année.

- Usage-Revente

Total	1991	1992	1993	1994	1995	1996
France (OCRTIS)	5449	6937	7017	8257	10213	13084
Val d'Oise (DDPU + Gendarmerie)	149	134	108	172	177	221
cannabis(DDPU)	56%	51%	56%	63%	60%	56%
héroïne(DDPU)	40%	47%	43%	33%	38%	40%
cocaïne(DDPU)	0	1%	0	1%	1%	4%

Depuis plusieurs années, ce chapitre de l'usage-revente est difficile à interpréter isolément. Ni vraiment trafiquant, ni simplement usager, l'usager-revendeur émerge des chiffres et rend compte d'une réalité de la vie de certains toxicomanes qui utilisent le marché de la drogue en cercle fermé.

- Usage

Total	1991	1992	1993	1994	1995	1996
France (OCRTIS)	34311	41549	38189	44261	52112	56144
Val d'Oise (DDPU + Gendarmerie)	697	806	1025	1109	1483	1808
- cannabis(DDPU)	64%	64%	78%	73%	73%	77%
- héroïne(DDPU)	31%	31%	20%	23%	22%	22%
- cocaïne(DDPU)	1%	1%	1%	1%	1%	1%
--						

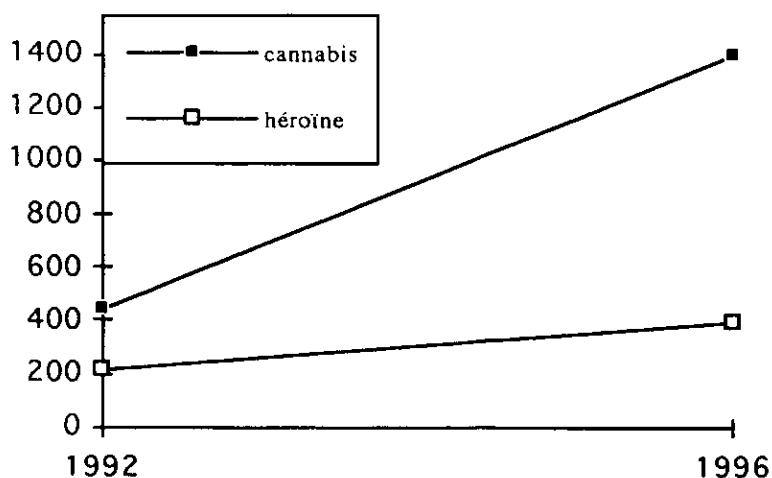
Depuis de nombreuses années, les interpellations pour usage concernent de façon majoritaire les utilisateurs de cannabis. Leur pourcentage a encore augmenté entre 1995 et 1996. Ils représentent cette année plus des trois quart des personnes interpellées. A l'évidence, l'importance de ce chiffre et donc des moyens utilisés pour ce résultat pose de nombreuses questions: augmentation de l'usage ou de sa visibilité, l'efficacité de la prévention, l'adéquation des moyens à la gravité de fait, la gestion de l'urgence...

On retrouve donc 311 héroïnomanes interpellés en 1996 dans le Val d'Oise. Une étude plus exhaustive montre que le chiffre des personnes domiciliées dans le Val d'Oise interpellées sur tout le territoire national pour usage d'héroïne, est en fait de 504.

Les saisies caractéristiques qui figuraient dans les rapports précédents de l'Observatoire, ne sont pas reprises ici. Ces données relèvent spécifiquement de la législation sur les stupéfiants et ne donnent pas d'indication, même indirecte, sur la toxicomanie et les toxicomanes. Elles indiquent l'activité des marchés, et sont tributaires du "hasard" des affaires. On notera à nouveau l'absence de saisie de crack dans le Val d'Oise en 1996.

Évolutions 1992-1996 du nombre de personnes interpellées pour Usage de Cannabis et d'Héroïne dans le Val d'Oise.

(source DDSP)



Vols de produits toxiques et d'ordonnances

Ils sont en diminution constante, et concernent essentiellement la morphine et ses dérivés. Il faut surveiller l'évolution de ces données avec la présence de produits de substitution en pharmacie et dans les centres à partir de 1995.

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1996
cambriolages de pharmacies	551	297	207	131	113	102	58
vols, violences, pharmaciens et médecins	28	54	26	34	69	59	24
vols médecins	363	273	165	173	166	160	96
vols autres établissements	228	65	99	54	86	53	48

- Analyse qualitative

Cette étude doit répondre à la question:

"Qui sont les personnes interpellées ?".

Une première classification concerne les tranches d'âge.

Le tableau ci-dessous permet de repérer les âges des personnes interpellées pour usage **dans le Val d'Oise en 1996**, et ceci en rapport avec les produits consommés.

	Cannabis	Héroïne
16 et moins de 16 ans	63	0
17 et 18 ans	262	2
19 à 21 ans	519	18
22 à 24 ans	310	69
25 à 29 ans	194	117
30 à 34 ans	40	83
35 ans et plus	24	22

L'âge moyen pour l'usage de cannabis est de 21,7 ans et pour l'usage d'héroïne, de 27,7 ans.

4% seulement des personnes interpellées pour usage de cannabis sont de sexe féminin.

57% des héroïnomanes sont sans profession.

Au niveau national (source OCRTIS), l'usage de cannabis est en progression, ainsi que la cocaïne, mais pour la première fois depuis 20 ans, les interpellations d'usagers d'héroïne sont en baisse.

- 78% des usagers appartiennent à la tranche d'âge de 18 à 30 ans. Il y a eu entre 1989 et 1992 un fort vieillissement de cette population, une certaine stabilité dans les répartitions ensuite, et depuis l'an dernier, une augmentation des tranches 16 à 20 ans (voir tableau ci-dessous).

Évolution des pourcentages par classe d'âge, interpellations pour usage

(%)	moins de 20 ans	21 à 30 ans	31 et plus
1990	35,1	55,3	9,4
1991	31	57,8	10,8
1992	28,4	59,2	12,1
1993	26,1	59,9	13,7
1994	27,3	58,1	14,3
1995	30,3	55,3	14
1996	35,9	51	13

-Le sexe masculin prédomine avec 90,7% des interpellés, donnée stable depuis plusieurs années.

-La catégorie "sans profession" représente depuis plusieurs années plus de la moitié des interpellations pour usage, ce qui est la marque d'une paupérisation du milieu toxicomane.

Pour la première fois en 1996, la région Nord- Pas de Calais devance Paris et la petite Couronne pour le nombre d'usagers interpellés. L'Ile de France représente cependant le quart (26,5%) des interpellations pour usage en France.

- Décès par overdoses

Total	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
France (OCRTIS)	348	411	499	457	564	465	393
IdF (OCRTIS,ORS)	204	253	254	236	299	257	
Val d'Oise(DDASS)		11	21	29 (22 par OCRTIS)	28 (DDASS)	12 (DDASS)	18 (DDASS)

On observe depuis 1986 au niveau national, une baisse des overdoses dans la tranche d'âge 21-25 ans et une augmentation des décès de toxicomanes plus âgés (35 et plus). Les 26-30 ans restent cependant les plus touchés. La grande majorité des décès est constatée à domicile.

Sur le plan local, les variations sont très importantes d'une année sur l'autre. Le mode de recueil et les liens difficilement repérables entre lieu de l'usage et lieu de décès, conduisent à ne pas interpréter ces données. Depuis plusieurs années, la plupart des observateurs réclament des études plus exhaustives et plus fines de ces accidents: surdose ou overdose? héroïne et/ou produits associés? caractéristiques des personnes concernées? modalités de survenue de l'overdose?

Ces renseignements sont nécessaires. Cette année, de nouvelles informations confirment l'urgence à comprendre les processus de mortalité des toxicomanes. Différentes publications estiment entre 1000 et 2000 le nombre de décès annuels liés directement aux drogues, avec des calculs de "durée de vie" d'un héroïnomanes très péjoratifs. Mais d'autre part, il existe en 1996 (et les premiers mois de 1997 confirment la tendance), un effondrement du

nombre d'overdoses officielles (moins 30% sur Paris, moins 31% sur le SRPJ de Versailles), ceci étant attribué à la politique de réduction des risques.

Ces mouvements doivent être compris et évalués.

De nombreux décès sont dus à l'absorption abusive d'alcool, de médicaments et d'héroïne.

Cinq médicaments sont présents dans 40% des décès liés à l'absorption de psychotropes, seuls ou en association:

- le Rohypnol® (5 décès), le Tranxène® (4 décès), la buprénorphine, la Méthadone, les sulfates de morphine.

.RECOURS au système de soins

Les chapitres qui suivent, tentent de cerner la toxicomanie et de repérer les toxicomanes dans leur "parcours de santé"... Plus précisément, l'attention est portée sur différents lieux du système de soins français, en demandant aux structures références d'indiquer la réalité mesurée, ou ressentie, de la toxicomanie. La plupart des données recouvrent ici des situations où ce sont les personnes qui se sont adressées spontanément au système médical ou social.

- SESI

La dernière étude nationale publiée du SESI porte sur le mois de Novembre 1995.

Il semble important de rappeler, cette année encore, qu'il existe des difficultés spécifiques d'appréhension et de connaissance du sujet étudié, en raison principalement:

- de la nature clandestine de la toxicomanie
- de l'absence de définition consensuelle
- de la variété des modes de consommation
- de l'instabilité du comportement des usagers.

Cette enquête doit évoluer en fonction des difficultés rencontrées et de la mouvance du phénomène.

Nombre des toxicomanes rencontrés par type d'établissement

type établissement	1989	1992	1993	1994	1995
centre spécialisé	49%	41%	40,9%	45,5%	48,5%
établisst. sanitaire	32%	36,2%	37%	32,4%	30,6%
établisst. social	19%	22,8%	21,9%	21,9%	20,7%
Total	10604	16180	17087	18300	20300

Les Centres Spécialisés, offrant anonymat et gratuité, représentent la part la plus importante des recours sur cette enquête.

L'ensemble du secteur sanitaire et social accueille, année après année, de plus en plus de personnes toxicomanes.

Age moyen des toxicomanes par type d'établissement déclarant

type établissement	1987	1991	1992	1993	1994	1995
centre spécialisé	25,9	27	27,4	27,8	28,2	28,9
établisst. sanitaire	27,2	28,5	28,6	29,3	29,2	29,7
établisst. social	23,2	23,4	24,2	24,4	24,5	24,4

Dans les trois types d'établissements concernés, l'augmentation de l'âge moyen est constaté. Les hôpitaux accueillent les toxicomanes les plus âgés.

Analyse des files actives (sur l'année) des centres spécialisés

	1992	1993	1994	1995
	37328	41803	52913	64748

Chaque année, entre 40 et 50% de la file active des Centres Spécialisés représente des premiers recours, plus précisément 41% en 1995. On observe une augmentation forte des consultations dans les Centres.

L'analyse qualitative présentée ci-dessous est en grande partie extraite du travail du SESI édité dans "Info-Rapides n°82 de décembre 1996.

Nationalité

Les toxicomanes pris en charge sont en très grande majorité de nationalité française (91,3% dans les centres spécialisés en 1994).

Sexe

La répartition 3 hommes pour une femme est retrouvée tous les ans. Dans les centres sociaux, cette répartition tend vers le rapport 4 pour un.

Activité

Leur insertion professionnelle est mauvaise puisqu'en moyenne 7 toxicomanes sur 10 sont inactifs. C'est dans les hôpitaux et les centres sociaux que la proportion d'actifs est la plus faible (1 sujet sur 4). 6 à 7% n'ont pas de

couverture sociale, parmi eux 49% ont moins de 24 ans. 23 à 26% perçoivent le RMI (ce taux variant de 10% parmi les actifs à 29% parmi les inactifs).

Produits utilisés

Le produit principal de dépendance est variable selon le type d'établissement enquêté, mais aussi selon l'âge des toxicomanes. L'héroïne est utilisée par 58% des toxicomanes enquêtés dans les centres spécialisés, 47% dans les hôpitaux, 31% dans les centres sociaux. Pour le cannabis, ces taux sont de 8%, 19%, 48%.

La consommation de produits associés au produit de dépendance principal concerne au moins 62% des sujets enquêtés.

Nature de la prise en charge

La prise en charge décrite par l'enquête est la proposition prédominante. En effet, pour une même personne, plusieurs types de suivis (médical, psychologique, social...) peuvent cohabiter. Dans les centres spécialisés, pour 44% des consultants, les prises en charge sont centrées sur un soutien psychologique ou socio-éducatif. Dans les hôpitaux, la prise en charge somatique est bien sûr prépondérante, mais 37% des recours concernent des sevrages. Dans les centres sociaux, le soutien psychologique ou socio-éducatif et l'aide à l'insertion sont les plus fréquents.

Dans les centres spécialisés, les prises en charge par prescription ou délivrance de produits de substitution sont passées de 1,2% en 1993 à 19% en 1995.

Sérologie VIH

Il est très difficile dans ce type d'enquête d'évaluer la prévalence de l'infection par le VIH, ou celle des hépatites B et C. On se reportera pour davantage de précision à des études sur échantillons publiées régulièrement dans la presse spécialisée. La prévalence pour l'hépatite B est évaluée à 20-35%, pour l'hépatite C entre 50 et 90%, pour le VIH, entre 10 et 30%. Ces chiffres dépendent de la région (le VIH est peu présent dans le Nord et l'Est), de l'ancienneté de la toxicomanie (les toxicomanes s'infectent d'abord par le virus de l'hépatite C), et enfin de l'évolution des pratiques de réduction des risques.

Comparaisons des caractéristiques socio-démographiques des toxicomanes en Ile de France en 1993

	Recours (SESI) nombre	%	Interpellations (OCRTIS) nombre	%	Surdoses nombre	%
SEXE						
masculin	3507	73,7%	9921	90,4%	190	80,9%
féminin	1245	26,2%	1050	9,6%	45	19,1%
(non réponse)	7	0,1%	0	0	0	
NATIONALITÉ						
française	3635	76,4%	8745	80%	202	86%
étrangère	666	14%	2226	20%	33	14%
(non réponse)	457	9,6%	0	0	0	0
AGE						
moins de 18 ans	83	1,8%	432	4%	1	0,4%
18-19 ans	173	3,7%	1163	10,6%	1	0,4%
20-23 ans	684	14,6%	3166	28,9%	26	11%
24-29 ans	1845	39,5%	3728	34%	95	40,4%
30-34 ans	1143	24,%	1691	15,4%	68	28,9%
35-39 ans	488	10,5%	573	5,2%	32	13,6%
plus de 39 ans	243	5,1%	218	2%	12	5,1%
(non réponse)	7	0,2%	0	0	0	0
AGE MOYEN	28,7		25,4		29,8	
Exercent une ACTIVITÉ	1380	29%	3130	28,5%	31	13,2%
Jamais travaillé	727	15,3%	6698	61%	203	86,4%
Chômeur (a déjà eu un emploi)	1814	38,1%	*		*	
Militaire, étudiant	217	4,6%	1143	10,4%	0	0
(non réponse)	620	13%	0	0	1	0,4%
EFFECTIF	4759		10971		235	

sources: DRASS-SESI, OCRTIS, Exploitation ORS Ile de France

* Les données de l'OCRTIS ne précisent pas les antécédents professionnels et se basent sur la situation en cours.

Parmi les différents critères, on remarque que "la population" est plus jeune lorsqu'elle fume du haschich, et plus vieille lorsque l'overdose "survient"...

L'importance des exclus du travail est majeure dans les overdoses et les interpellations: est-ce que la toxicomanie est la cause, ou la conséquence, d'une désinsertion avec son cortège de souffrance et de délinquance?

SESI, Val d'Oise

Une évaluation du SESI est disponible pour le département du Val d'Oise (novembre 1995). Ces chiffres donnent une approche intéressante de l'aspect "social et santé" de la toxicomanie dans notre département, même si leur interprétation doit être faite avec prudence.

Données départementales du SESI (nombre de recours aux soins)

	1992	1993	1995
Centres d'Accueil		95	163
Hôpitaux		59	120
Clubs et équipes de prévention.		47	50

Les hommes représentent 78,1% des recours, les femmes 21,9%.

La comparaison des âges par établissement France/ Val d'Oise montre une équivalence des données, sauf au niveau des centres sociaux: les personnes accueillies dans le Val d'Oise sont plus jeunes que la moyenne nationale.

Age

	A	B	C
moins de 20 ans:	8%	4,2%	50%
20-24 ans	16,6%	16,7%	18%
25-29 ans	33,7%	30%	18%
30-39 ans	35,6%	40%	14%
plus de 40 ans	5,5%	7,5%	0

Moyenne	28,6 ans	29,9 ans	21,5 ans
---------	----------	----------	----------

Les usagers de cannabis, les plus jeunes, sont comptés dans les centres sociaux.

Socioprofessionnel:

55% des toxicomanes rencontrés ne travaillent pas

21% reçoivent le RMI (mais cet item n'est pas renseigné dans 29% des cas)

Sevrage : C'est la mode de prise en charge proposé pour 24% des toxicomanes, en ambulatoire, dans les centres, et pour 39% dans les hôpitaux
43% des "recours" sont en traitement pour une affection psychiatrique.

Produit principal: L'héroïne, et les produits codéiné, sont rencontrés de façon majoritaire dans les centres et les hôpitaux, le cannabis dans les établissements sociaux. Le crack et la cocaïne sont très peu retrouvés.

- DDASS

-- Hospitalisations pour sevrage

En matière de toxicomanie, la DDASS assure son rôle de gestion et de contrôle des budgets. La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie prévoit que les dépenses d'hospitalisation et de soins des toxicomanes sont à la charge de l'État. Ainsi les crédits affectés au chapitre 47-15, article 11, permettent le remboursement des frais de sevrage auprès des hôpitaux, seulement si le séjour a pour but le sevrage physique et la consolidation psychologique des toxicomanes. Les 6 Centres Hospitaliers du département ont été agréés par arrêté préfectoral du 9 Juin 1988: ils peuvent bénéficier de cette mesure (gratuité des sevrages par un financement DDASS) sans sectorisation géographique. Pour permettre aux services de la DDASS de répondre aux demandes de prise en charge émanant des hôpitaux, celles-ci doivent impérativement être accompagnées d'un compte-rendu d'hospitalisation adressé sous pli confidentiel au médecin inspecteur.

En 1993, la législation a évolué, et impose maintenant aux Centres Hospitaliers de réserver un certain nombre de lits pour des sevrages. En fait, la plupart des services de médecine ont déjà pris leur part dans cette action (en collaboration avec les Centres Spécialisés), et les besoins du département semblent relativement bien couverts. En effet, le rapport entre les hospitalisations effectuées, et le potentiel de places disponibles reste très favorable.

En 1996, cette situation se confirme avec un effondrement de la demande d'hospitalisation pour sevrage à partir des centres spécialisés. L'utilisation de produits de substitution semble privilégiée cette année (par les toxicomanes et/ou les thérapeutes) et dispense donc de "l'arrêt de tout produit". Nous aurons à suivre ce choix: est-ce une période intermédiaire (effet de mode, essai...) avant un arrêt progressif ou est-ce un abandon de l'idée d'une vie sans opiacés?

Évolutions des hospitalisations pour sevrage présentées à la DDASS

année	1992	1993	1994	1995	1996
nombre	76	67	134	80	50

Rappel: Analyse des toxicomanes hospitalisés pour sevrage en 1992

Sexe	hommes	85%
	femmes	15%
Age	inf 18 ans	2%
	18-24 ans	30%
	25-29 ans	41%
	plus de 29 ans	28%
Produit principal	héroïne	82%
	dérivés opiacés	11%
	cannabis	7%
Associations	héroïne seule	63%
	+ opiacés	17%
	+ autres (alcool, cocaïne, BZP, cannabis)	20%
Morbidité	VIH +	22%
	VIH -	78%
	Hép B et/ou C	27%
	autres	4%

-- Injonctions thérapeutiques

Cet autre aspect de la loi de 1970 est une catégorie juridique originale.

Le toxicomane interpellé pourra se soustraire aux poursuites s'il se soumet à un traitement. Le Procureur enjoint à l'intéressé de se faire soigner: s'il accepte, l'action publique est suspendue. Depuis quelques années, le département attache une importance particulière à cette procédure, qui a été améliorée. Le tableau ci-dessous n'indique pas le nombre de personnes s'étant présentées dans un centre de soins. De même, seule une étude qualitative devrait permettre de suivre l'itinéraire de ces personnes afin de déterminer le bénéfice d'une rencontre "obligatoire" avec le système de soins (cette donnée serait à rapprocher de notre réflexion du chapitre précédent sur l'apparition "spontanée" des toxicomanes dans les systèmes).

**Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une injonction
thérapeutique, ayant contacté la DDASS**

	1986	1987	1988	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996
	28	55	103	110	66	67	115	142	156	95

Selon les Centres, l'Injonction Thérapeutique apparaît comme un moyen réel de favoriser le contact avec le système de soins (avec parfois un nombre de consultations non négligeable pour une même personne), ou comme un mécanisme inutile. Il faudra l'an prochain, mettre en lien l'évolution des injonctions avec l'évolution (la baisse?) des interpellations pour usage d'héroïne et le plus grand équilibre (contrôle?) des toxicomanes par les produits de substitution.

- Centres Spécialisés

Depuis maintenant de nombreuses années, le département est "équipé" sur le plan sanitaire par trois structures:

- IMAGINE, structure publique rattachée au Centre Hospitalier de Montmorency, devenue l'Intersecteur pour pharmacodépendants du Val d'Oise en 1992.

- DUNE, association loi 1901

- RIVAGE, association loi 1901

auxquels il faut ajouter "L'oiseau bleu" à Boissy l'Aillerie, qui accueille 12 toxicomanes en réinsertion.

Nous ne reviendrons pas ici sur les consultations ou les moyens thérapeutiques proposés par ces structures. Notons simplement avec intérêt qu'elles ont chacune une zone géographique d'influence, sans être réellement sectorisées, ce qui permet à toute personne concernée par des problèmes de drogues de trouver l'interlocuteur le plus adapté.

L'analyse des rapports d'activité des 3 Centres du département est riche d'enseignements.

Données quantitatives des 3 centres de soins conventionnés

	1992	1993	1994	1995	1996
nouveaux cas	358	375	473	360	446
file active toxico. (dont prison)	691	664	827	959 (156)	1071 (161)
consultations totales					14498
Cons. toxicomanes		5500	6737	8023	11139
file active parents		376	369	231	263
Cons. parents				1014	1320
Sevrages Hospi.		72	95	106	95

Ce tableau confirme l'importance, croissante, qu'a le système de soins spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes. L'augmentation de l'accueil et du suivi est manifeste. La tendance à un "passage en ville" (c'est-à-dire le suivi par des généralistes et des pharmaciens) ne fait pas concurrence au suivi spécialisé. Deux observations s'imposent cependant.

-l'augmentation d'activité est en partie liée à l'ouverture de nouveaux "outils" (tels que la consultation en prison), et l'accueil intrinsèque dans les centres semble stable. Cette tendance sera à vérifier l'année prochaine.

- d'autre part, cette prise en charge spécialisée n'est pas synonyme de "sortie de la toxicomanie" ni même d'amélioration patente, médico-psycho-sociale, des consultants. Un travail plus qualitatif que quantitatif devrait apporter des réponses à cette question fondamentale.

Les sevrages à l'hôpital sont un peu moins nombreux cette année. Les sevrages "en ambulatoire" représentent cependant depuis toujours la modalité principale d'arrêt des produits. Cette baisse correspond à l'arrivée des produits de substitution qui offrent donc une alternative cohérente dans certains cas, au sevrage. Selon de nombreux intervenants, la période actuelle de stabilisation sous substitution devrait déboucher sur une reprise des demandes de sevrages dans les années à venir.

Évolutions en tendances 1992 - 1996

Sexe	Les hommes représentent toujours un peu moins de 80% des personnes reçues, avec une tendance à l'augmentation des femmes, qui sont par ailleurs sur représentées en prison
Age	Il existe une augmentation des patients plus âgés, et tous les centres signalent une augmentation, parfois majeure, des patients de plus de 30 ans. Par ailleurs, un centre signale une "bipartition" avec la juxtaposition de deux populations, d'âge et de demandes différentes. Dans ces conditions, nous n'avons pas effectué de recherche sur un âge moyen.
Origine géographique	Entre 12 et 28% des consultants dans le département proviennent des départements limitrophes. Ces déplacements sont liés à des orientations ou à des consultations spontanées, afin de bénéficier des outils spécifiques mis en place dans le Val d'Oise (méthadone, centre de transition)
Logement	Cette donnée présente des variations d'année en année, sans qu'il se dessine une tendance claire. Les consultants des centres ont un logement indépendant dans 30% des cas (en moyenne), habitent chez des parents ou amis dans 45% des cas, et sont sans domicile fixe dans 10% des cas.
Produit principal	L'Héroïne est le produit encore le plus utilisé, par 76 à 80% des toxicomanes fréquentant les centres. Ce chiffre est stable et homogène.

Pathologies	De moins en moins de toxicomanes ignorent leur "statut" vis-à-vis du VIH, des hépatites B et C.. Cette année, 15 à 35% des consultants n'ont pas fait le test.
	Les patients infectés par le VIH représentent entre 13 et 20% des patients dépistés. Ici, aussi, plus la toxicomanie est ancienne et "lourde" (incarcérations itératives) plus la séroprévalence est élevée.

L'étude effectuée par le Centre Imagine, sur les nouveaux consultants de l'année, permet d'affiner certains points. Ainsi, il semble exister une précarisation de cette population, avec, d'année en année, une augmentation des toxicomanes sans domicile fixe.

En marge de ces tendances, notons comme l'an dernier, deux questions:

-une sur l'âge et le produit de début: haschich ou héroïne, quelle est l'évolution des entrées en toxicomanie?

- l'autre sur le nombre toujours considérable de "nouveaux patients" repérés chaque année par les Centres. Des doublons (d'un centre à l'autre) ou des manques dans le suivi des dossiers peuvent en partie expliquer ce phénomène. Il semble pourtant évident que le "recrutement" n'est pas tari, et que l'émergence encore cette année de patients de plus de 30 ans, toxicomanes depuis plusieurs années, signe un nombre d'usagers réels plus important que nos estimations antérieures. Il est aussi possible que nous assistions "simplement" au renouvellement de cette population, avec chaque année environ 300 toxicomanes qui sortent de la dépendance opiacée (après une moyenne de 10 ans d'intoxication?) et 300 qui y rentrent (dans le Val d'Oise). Une étude épidémiologique devrait impérativement être conduite en multicentrique sur un échantillon de consultants pour déterminer leur parcours.

La base de données rassemble l'ensemble des patients de DUNE et de RIVAGE, et les nouveaux cas de IMAGINE, ce qui introduit, en particulier au niveau des tranches d'âges, des difficultés d'interprétation. Deux analyses ciblées, l'une sur les nouveaux consultants, l'autre sur l'ensemble de la population accueillie chaque année, permettraient au mieux de suivre les modifications du phénomène.

Substitution: La prescription des produits de substitution est essentiellement assurée par le Centre Dune. On peut estimer, fin 1996, à environ 50 le nombre de patients sous méthadone, et à 400 le nombre de toxicomanes

prenant du SUBUTEX® (source: laboratoire Shering-Plough). Un peu moins de 200 parmi eux sont suivis par Dune, Remed, Rivage ou Imagine. Le reste des prescriptions n'est donc pas le fait de professionnels de la toxicomanie ou d'un réseau ville-hôpital organisé.

Mode d'usage: En fonction des modes et des lieux de recrutement, le "profil" des toxicomanes est différent. Selon les Centres et les années, l'utilisation de l'héroïne en intraveineux représente de 50 à 90% des usagers. Le travail sur les "nouveaux consultants" effectué par Imagine, semble montrer une tendance à l'augmentation du sniff et de la polytoxicomanie: 57,4% des patients "shootent" en 1996, contre 62,9% en 1995 et 70% en 1994. L'idée qui s'impose est qu'effectivement, l'utilisation de nouveaux produits (en particulier sous forme inhalée ou avalée) peut modifier l'usage en injections. L'héroïne reste préférentiellement utilisée par cette voie.

Nationalité: Pas d'évolution spécifique, les toxicomanes (usagers) de nationalité française représentent toujours autour de 85% des consultants.

Les demandes de sevrages représentent 32% des nouveaux consultants d'Imagine, et 35% des patients de Dune. Une minorité de ces patients est hospitalisée (voir plus haut). Les sevrages se conduisent donc essentiellement en ambulatoire.

Consultations familles

Comme nous le signalions précédemment, la consultation des parents (ou accompagnants) semble en stagnation quantitative (voir tableau plus haut) mais aussi qualitative. En effet, les priorités qui se sont imposées ces dernières années concernent particulièrement les usagers (substitution, prison, réseaux, accès aux soins...). Des initiatives dans le domaine de la famille seraient à soutenir, même s'il faut signaler qu'il n'existe peut-être pas une prise en charge des parents spécifique "toxicomanie": dans ce cas, le développement des "point-écoute", ou des "maisons vertes", assurerait cette mission.

Prise en charge des toxicomanes en prison - Prévention de la récidive

La circulaire de janvier 1993, visant au renforcement du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice pour une politique efficace de prévention de la récidive, s'est traduite dans le Val

d'Oise par la signature d'une Convention entre l'État, la Maison d'Arrêt d'Osny, et les centres spécialisés. Ces derniers se sont regroupés en une unité d'intervention: D.I.R. (Dune, Imagine, Rivage).

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des données quantitatives fournies par les 3 centres. Chacun d'entre eux procède ensuite à une analyse qualitative des consultants qu'il a reçus.

	1994	1995	1996
nbre détenus vus	77	156	161
nbre actes	427	963	928
% de premier contact	79%		70%
âge: 30 ans et plus	59%		
récidivistes	98%		76%

Depuis 1994, cette consultation fonctionne, a bénéficié de l'attribution de moyens (en personnel) et a largement dépassé ses objectifs. Une évaluation régulière permet de suivre son intérêt, son efficacité, et l'adéquation des moyens engagés. Les Centres ont chacun un mode de travail et un suivi spécifique de cette action, et en rendent compte avec beaucoup d'intérêt dans leurs rapports. Le nombre de récidivistes vus en prison est important et justifie pleinement cette action. Un nombre non négligeable (jusqu'à un quart) des détenus vus en prison, reconsultent le Centre concerné à la sortie.

D'autres actions fonctionnent en parallèle à cette mission auprès des majeurs. Nous citerons l'action "mineurs" décrite comme particulièrement difficile avec des ateliers et des entretiens spécifiques. Les trois centres se sont associés avec un groupe de théâtre "Arc en Ciel" et le service socio-éducatif de la Maison d'Arrêt, pour l'activité "théâtre forum". Il s'agit de mettre en scène des situations vécus par les jeunes dans leurs lieux de vie, pour prendre de la distance et mieux comprendre, peut-être, ce qui se joue au quotidien.

On repère aussi une action hébergement des détenus à leur sortie: des liens avec le CPCV, Loginter et Espérer 95 ont permis d'organiser et d'accompagner un logement approprié.

Mise en place des Réseaux Toxicomanie

L'année 1994 a vu naître dans la région de Cergy-Pontoise, "REMEDI 95", un réseau constitué de médecins généralistes, du Centre DUNE, et de praticiens du C.H. de Pontoise.

Différentes réflexions sont à l'origine de ce projet:

- les toxicomanes consultent tardivement dans le système de soins spécialisés, alors que leur itinéraire est émaillé de rencontres avec les médecins généralistes ou l'hôpital;
- la prise en compte des problèmes somatiques est souvent insatisfaisante;
- les généralistes sont isolés face aux demandes multiples des toxicomanes;
- participation peu avancée des pharmaciens dans l'accueil et l'orientation des usagers de drogues.

La création de ce réseau correspond donc à la nécessité "d'améliorer la santé physique et psychique des usagers de drogues en optimisant les possibilités de suivis, par un travail coordonné des différents pôles de soins que représentent le centre spécialisé de soins pour toxicomanes, les praticiens de ville, le centre hospitalier."

En 1995, le médecin coordinateur ville (médecin généraliste installé en libéral) a développé, dans les locaux du Centre Dune, une consultation hebdomadaire d'évaluation et d'orientation.

En 1996, cette activité a représenté 110 consultations pour 58 patients.

Le Réseau a par ailleurs un rôle important de participation aux réunions avec les tutelles, de communication externe et interne, de mise à jour des connaissances.

Vingt-huit médecins et six pharmaciens ont signé la charte du réseau et sont membres de l'association.

Une enquête pratiquée par la Direction Générale de la Santé en novembre 1996 auprès des médecins du réseau, montre qu'ils ont reçu en moyenne 6 toxicomanes en un mois (+ 25% par rapport à novembre 1995), avec un nombre moyen de consultations par patient de 1,4.

14 des 18 médecins interrogés déclarent avoir reçu une formation en toxicomanie (en particulier dans le cadre du réseau) et de fait, 11 considèrent leur niveau de formation comme suffisant. Leurs habitudes de prescription sont très variées, mais 17 sur 18 ont déjà prescrit de la buprénorphine.

On peut observer et apprécier l'intérêt de ces investissements et regretter que peu de médecins dans le département bénéficient effectivement des formations et de l'accompagnement nécessaire.

Même si le travail clinique du réseau est difficilement quantifiable, environ 80 patients sont suivis par des médecins de ville.

Les patients sous méthadone en ville ont au nombre de 4.

L'enquête apporte des informations sur 48 patients suivis au cours de ce mois de novembre 1996: il s'agit de 35 hommes et de 13 femmes, d'un âge moyen de 31,3 ans. A 70% ces patients sont domiciliés à proximité du cabinet du médecin, et cette proximité est un argument important du suivi. Le motif principal de consultation (60%) est la demande d'un traitement de substitution.

20 patients sur 48 utilisaient l'injection intraveineuse.

L'ancienneté de la toxicomanie était de 12,2 ans en moyenne, et le Réseau semble avoir jouer un rôle "d'appel" important auprès de ces patients non ou mal suivis par les centres spécialisés.

En mars 1996, le réseau SYNERGIE, associant Rivage, le Centre Hospitalier de Gonesse, et des médecins généralistes s'est créé autour de Sarcelles et Gonesse. Trois idées ont marqué le début de ce fonctionnement en réseau: tout d'abord la réponse à des besoins de formations, de rencontres et de partages autour des problèmes posés par les toxicomanes. Ensuite, la mise en place de consultations spécialisée de psychiatre et enfin la prescription et le suivi de produits de substitution ont permis d'améliorer la mobilisation des professionnels et la prise en charge des patients dans ce secteur.

En marge de ces deux réseaux, un autre se développe à Argenteuil (il bénéficiera d'un financement), et un quatrième, polyvalent, fonctionne autour d'Eaubonne et Montmorency, sans subvention particulière.

Le D.I.M.A.S.: Dispensaire Mobile d'Accessibilité aux Soins

Afin de faciliter la venue des toxicomanes "exclus" dans le système de soins, l'association Imagine, en collaboration avec l'Intersecteur pour pharmacodépendants du Val d'Oise, a conduit une politique de travail en réseau, très orientée vers les quartiers. Cette action permet d'entrer en relation, au cœur de la cité, avec ceux qui, de par leur profession ou leur situation, sont amenés à côtoyer ces jeunes. Devant des demandes impliquant des consultations régulières, et face au besoin de rencontrer des jeunes directement sur leur lieu de vie, l'idée de créer une antenne légère s'est imposée. Ce nouvel outil devait donc favoriser des rencontres précoces avec les toxicomanes, et permettre des échanges de seringues.

Un véhicule, dénommé Dispensaire Mobile d'Accessibilité aux Soins (DIMAS) a été aménagé.

Ce travail s'est concentré sur certaines zones géographiques, en particulier sur deux sites pour les villes de Sarcelles, Gonesse, Garges, Villiers le Bel, Goussainville, dès 1995.

En 1996, deux nouvelles aires de stationnement (Cergy et Argenteuil) permettaient d'élargir les possibilités de cet outil de réduction des risques et d'accessibilité aux soins.

Le DIMAS fonctionne à temps plein depuis donc un an, et couvre l'ensemble du Val d'Oise urbain.

Les possibilités d'interventions sont nombreuses :

- développer un échange de seringues
- apporter des informations sur les MST et leur prévention, avec mise à disposition de préservatifs
- au besoin, favoriser des entretiens individuels
- permettre un dépistage par des sérologies (hépatites B et C, VIH)
- orienter les consultants, selon leurs besoins, dans de bonnes conditions.

Des bilans réguliers permettront de faire le point sur l'utilisation de cet outil, afin de proposer une adaptation des missions et des lieux d'intervention.

En 1996, le nombre de passages enregistrés est de 1195, le nombre de seringues distribuées de 1084 (avec une récupération de 694 seringues usagées), et 3613 préservatifs. Des containers individuels sont également proposés, afin de faciliter encore la sécurité et la discrétion du ramassage.

Deux réflexions s'imposent: une sur la nécessaire collaboration avec les forces de l'ordre (et les liens entre santé publique et ordre public, en reconnaissant ici les limites de la loi du 31 décembre 1970), l'autre sur

l'intérêt de développer cet outil dans le sens des vaccinations et des bilans précoces (sérologies, transaminases....).

Travail social

Cette rubrique est isolée cette année dans le rapport dans la mesure où les situations "de précarité" sont soulignées avec insistance.

Les Centres Spécialisés ont un rôle à jouer à plusieurs niveaux:

- initier un "bilan social précoce" à l'accueil d'un patient toxicomane: ouverture des droits à la sécurité sociale, revenus, logement.
- suivre les démarches en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle.
- proposer des structures d'hébergement, de convalescence, de soins, de postcures (ou équivalents) au long de l'itinéraire d'un toxicomane, en fonction des nécessités cliniques.

Les Centres ont assuré en 1996, 1236 consultations par des assistantes sociales (ce chiffre est compris dans le total des consultations, cf. tableau supra). Les Centres signalent une augmentation massive de leurs demandes de suivi social en 1996 (plus de 70% pour le Centre Dune).

Chacune des structures spécialisée a développé un lieu d'hébergement, variable en fonction des moyens et des objectifs.

Fin 1996, DUNE a été dotée d'une subvention pour assurer 4 places en appartement-relai. Fin 1997, le bilan permettra d'intégrer ce nouvel outil dans le Val d'Oise.

Le Centre Imagine dispose depuis 1989 d'un Centre de Transition, qui joue un rôle pour la gestion des crises ou des périodes intermédiaires, mais aussi d'alternative à l'hospitalisation. Au cours de l'année 1996, l'accueil a été élargi aux patients prenant des produits de substitution.

	1992	1993	1994	1995	1996
demandes admission				87	79
personnes accueillies	40	45	39	39	35
nbre de nuits		932	835	1036	879

Ce lieu évolue en fonction des besoins recensés d'année en année. Pour 1997, l'amélioration du suivi socio-éducatif est envisagé, ainsi qu'un élargissement des horaires d'ouverture. Les patients infectés par le VIH, sous traitement, sont aussi accueillis.

Le départ en postcure (ou en communauté, ou en famille d'accueil) montre toujours un hiatus entre les demandes et les départs effectifs, qui représentent avec 21 séjours effectifs pour le département en 1996, environ 30% des besoins exprimés. Ce pourcentage pose de nombreux problèmes en terme d'adaptation des structures aux besoins effectifs, au délai d'attente, etc...

Départ en appartement thérapeutique: 2 personnes seulement y ont accédé, pour le département, pour 10 à 20 demandes. Les raisons de cette "orientation impossible" semblent claires pour les assistantes sociales des centres: les appartements sont en nombre nettement insuffisant, et les délais d'attente sont impossibles à gérer. Les appartements de DUNE permettront peut-être d'améliorer en partie cette situation.

D'autres orientations sont possibles, mais concernent peu de toxicomanes: foyers sociaux, centre d'hébergement et de réadaptation sociale, centres d'hébergement d'urgence.

Les centres ont aussi pu utiliser le fond "précarité-solidarité" afin de régler certaines dépenses d'hébergement hôtelier, des titres de transport. La DDASS du Val d'Oise a permis de régler au mieux les situations présentées.

Le tableau ci-dessous résume, pour le Centre Imagine, la distorsion entre le nombre de demandes et les départs effectifs dans les différents outils de "réinsertion" théoriquement disponibles.

orientation	1993		1994		1995	
	demandée	réalisée	demandée	réalisée	demandée	réalisée
appartements théér.	26	6	16	7	6	0
familles accueil	7	5	12	7	4	2
postcures	24	6	24	4	12	5

- Sida et toxicomanie

Les liens entre ces deux "épidémies" sont reconnus. Les 4 principaux centres hospitaliers du Val d'Oise s'occupent de patients infectés par le VIH.

On observait en 1992 que 45% des val d'oisien ayant déclaré un sida, ont été diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens ou de la proche couronne. En 1996, sur les 1008 cas de sida déclarés pour le Val d'Oise (au 31 décembre 1996), entre 700 et 800 ont été déclarés par les hôpitaux val d'oisien.

Différentes données, régionales ou nationales, permettent d'évaluer le "poids" que représente la toxicomanie dans l'épidémie du sida, et la place de notre département en Ile de France.

**Évolution des cas déclarés
dans le groupe de transmission toxicomane**

(source: RNSP, exploitation ORSIF)

	Évolution 1994-95	Évolution 1995-96
Paris	-14,7%	-26,7%
Proche Couronne	-3,9%	-14,5%
Grande Couronne	+8,4%	-31,2%

Nombre de SIDA déclarés dans le Val d'Oise au 31/3/97

(source: Réseau National de Santé Publique)

Val d'Oise	31 mars 1997	1042
------------	--------------	------

Avec ce taux de cas cumulés par million d'habitants de 921, le Val d'Oise se situe bien au dessus de celui de la France qui est de 744.

Au sein de la Grande Couronne, il se situe au premier rang du nombre de déclarations totales.

Le groupe toxicomane est le premier groupe par le nombre de déclarations annuelles jusqu'en 1995, et décroît ensuite (brutalement même avec -65% en 1996), mais les tendances sont encore instables.

Au niveau des déclarations, tous groupes confondus, l'année 1996 a présenté une forte chute qu'il conviendra de confirmer dans l'avenir.

**Répartition des cas de sida par groupe de transmission et
par année de diagnostic dans le Val d'Oise**

Groupes de transmission	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Homosexuels	13	19	21	30	26	35	29	24	40	14
Toxicomanes	10	26	26	31	38	48	50	48	39	22
Hétérosexuels	7	14	13	16	20	35	34	42	40	33
Autres	9	14	11	13	15	17	21	10	25	7
Total	39	73	71	90	99	135	134	124	144	76

Données redressées au 31 mars 1997. Source RNSP, exploitation ORSIF

Groupe de transmission "toxicomanie"
parmi les cas SIDA déclarés par département

(chiffres au 30/06/96- source Réseau National de Santé Publique)

	nbre total	transm. toxico.	%
Paris	9856	1051	10,6
Yvelines	920	219	23,8
Essonne	855	258	30,1
Hauts de Seine	2178	571	26,2
Seine St Denis	2277	769	33,7
Val de Marne	1754	572	32,6
Val d'Oise	975	326	33,4
Seine et Marne	756	172	22,7

Taux d'incidence par million d'habitants, par département,
des cas de sida dans le groupe contaminé par injection
intraveineuse de drogues

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
PARIS	4,2	16,3	36,2	50,6	53	59	62,3	63,4	78,7
Hts de Seine	3,6	9,3	27,3	37,4	49,6	54,6	50,3	60,5	53,7
Seine St Denis	6,5	16,7	34	47,1	59,4	71,7	65,2	80,7	83,1
Val de Marne	5,8	16,5	23	42,8	51,8	65,8	64,2	71,8	57,5
Proche Couronne	5,3	14	28,3	42,4	53,7	63,9	59,7	70,9	65
Seine et Marne	3,7	4,6	9,3	17,6	15,8	13	24,1	19,5	16,9
Yvelines	3,1	7,6	13	9,2	19,1	13,8	19,9	24,2	29,5
Essonne	4,6	6,5	15,7	23	25,8	32,3	24	36,9	30,1
Val d'Oise	2,9	9,5	24,8	23,8	29,5	35,2	44,8	47	38,3
Grande Couronne	3,5	7,1	15,5	17,9	22,3	23	27,6	31,4	28,7
Total Ile de France	4,3	11,5	24,5	33,7	40,2	45,6	46,6	52,8	53,5

Source: Réseau National de Santé publique; exploitation ORS Ile de France au 31/12/94

Incidence: nouveaux cas diagnostiqués chez des personnes contaminées par voie intraveineuse (seringues contaminées) par million d'habitants.

**Nombre de cas de sida chez les personnes contaminées par
injection intraveineuse de drogue, en Ile de France,
par année de diagnostic (31/12/96)**

	avt 1986	1986	1988	1990	1992	1993	1994	1995	1996
nombre de sida déclarés dans l'année	591	695	1536	2049	2274	2376	2434	2089*	1229*
dont liés à l'usage de drogues par voie IV	24	46	261	429	519	567	528	492	301
(%)	4,1	6,6	17	20,9	22,8	23,8	21,7	23,5	24,5

* : données provisoires non redressées

Source: Réseau National de Santé publique

Plus de 80% des toxicomanes ayant déclaré un sida connaissaient leur sérologie avant le diagnostic: cette donnée confirme la très bonne mobilisation de ce groupe en matière de dépistage.

Mortalité-Morbidité

Le sida ne résume pas les risques somatiques et la mortalité des usagers de drogues. Celles-ci sont l'objet d'études montrant la surmortalité générale de cette population. Il n'y a pas d'enquête départementale, mais les aspects nationaux sont applicables.

Ainsi, une étude comparative Angleterre/ France proposée par l'unité SC8 de l'Inserm (E.Jougla, A. Le Toullec, dans le numéro 17 de Actualité et dossier en santé Publique), montre que les risques de décès sont nettement supérieurs en France pour le sida (risque multiplié par 5), le suicide, l'alcoolisme, ceci étant particulièrement net dans les tranches d'âge 25-44 ans. Ces risques sont associés directement ou indirectement à la toxicomanie.

Un travail récent de l'ORS confirme cette notion: "la surmortalité est importante chez les toxicomanes, surtout chez les consommateurs d'opiacés par voie intraveineuse. La mortalité des femmes est comparable à celle des hommes. Cette mortalité s'est considérablement aggravée au cours de la dernière décennie. Les traitements de substitution semblent avoir un impact favorable, mais de nombreux facteurs concourent à cette surmortalité: l'usage

d'héroïne en injection, l'infection par le VIH, les overdoses, les suicides et autres morts violentes, la consommation d'alcool."

Enfin, dans ce chapitre, nous tenons à rappeler l'importance de la morbidité psychiatrique. L'un des Centres signale que près d'un toxicomane sur 2 présente une pathologie psychiatrique sévère: psychose schizophrénique et états limites, trouble graves de la personnalité, psychopathies...

Les services d'urgences et l'accueil des toxicomanes

étude réalisée avec l'aide de M. Gobert¹, G. Bleichner², L. Caudan³, E. Jacques⁴, J.L. Sebbah⁵, C. Sicot⁶, chefs des services d'urgences des centres hospitaliers de 1 Pontoise, 2 Argenteuil, 3 Montmorency, 4 Beaumont, 5 Gonesse, 6 Eaubonne - Val d'Oise - France

La place des services d'urgences dans la prise en charge des toxicomanes est très particulière. Ces services ne sont pas interrogés dans le cadre de l'enquête nationale du Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI), enquête qui tend à répertorier les toxicomanes ayant eu un recours aux soins en novembre, chaque année (1). Les équipes n'ont que rarement une formation spécifique sur ce thème. Enfin, peu de moyens propres leur sont attribués pour la prise en compte de ce problème de santé et d'ordre public.

Pourtant, l'accueil des toxicomanes dans les services d'urgences tient une place essentielle. Selon la façon dont cet accès au système de soins est géré, un suivi pourra ou non s'engager, des consultations spécialisées pourront ou non débiter. Par ailleurs, la possibilité d'utiliser ces contacts pour engager des actions de prévention ou de prise en charge précoce est souvent évoqué (2).

Enfin, ces services représentent un poste privilégié d'observation de la morbidité et de la mortalité des toxicomanes.

Nous avons mené un travail, quatre ans de suite, sur le mois de novembre (en cohérence avec l'enquête nationale), auprès des services d'urgences de tous les centres hospitaliers du Val d'Oise: Argenteuil, Beaumont, Eaubonne, Gonesse, Montmorency, Pontoise. Les responsables des services ont accepté de remplir un questionnaire par patient toxicomane se présentant aux urgences, en novembre des années 1992 à 1995.

La définition utilisée pour toxicomane était " utilisateur dépendant d'un produit psychotrope illicite" et une fiche était saisie lorsqu'il y avait intervention des urgences médecine. Cette fiche est composée de 4 séries de questions: un état civil simplifié (initiales, âge, ville d'origine, situation

sociale), les antécédents, la description du motif d'arrivée, l'orientation et le devenir.

A l'évidence, l'interrogatoire en urgence d'un toxicomane se fait souvent dans un climat de tension, de confusion (il n'y a souvent pas d'accompagnant), ou de trouble de la conscience tels que les renseignements sont réduits au minimum. Un temps important de consultation serait nécessaire, mais n'est souvent possible que pendant l'intervention du psychiatre de garde.

Selon les années, l'ensemble des services d'urgences du Val d'Oise ont enregistré sur un mois le passage de 59 à 92 toxicomanes. Une sous-estimation est probable. 11% des consultants ne sont pas du secteur de l'hôpital considéré.

Il existe une impression d'une forte fréquentation des toxicomanes aux urgences. En réalité, pour une population "couverte" d'environ 1,1 M d'habitants, avec un nombre moyen mensuel d'urgences médicales adultes de 4500, le nombre de toxicomanes vus en 1 mois semble proche de 100. Ce chiffre intègre des consultations répétées pour un même patient. Les données exploitées ci-dessous sont extraites de l'enquête menée en 1995.

Les caractéristiques des consultants sont proches de celles habituellement reconnues par les enquêtes nationales (1) ou régionales (3) : 80% des toxicomanes sont des hommes, 16% sont sans domicile fixe, 56% n'ont pas d'activité professionnelle. Selon les années, entre 74 et 83% des toxicomanes reçus ont plus de 25 ans, ceci étant en rapport avec la consommation d'héroïne (pour 80% des consultants) et de psychotropes, dont l'usage caractérise des sujets plus âgés (tableau I).

Les troubles de la conscience sont les motifs les plus fréquents de consultation: 45% des urgences sont des accidents survenant dans les suites d'une "consommation abusive de produits". Les "malaises", les tentatives de suicides, les "overdoses" classiques ou les surdosages médicamenteux se présentent avec des tableaux très proches. Selon la "demande" initiale, selon le tableau clinique ou le sentiment des équipes, tel ou tel diagnostic sera porté. Pour les "overdoses" à l'héroïne, il n'y a pas de décès chez les patients arrivés vivants aux urgences. Les authentiques tentatives de suicides sont fréquentes (11,2% des cas).

L'ecstasy et le crack, drogues "médiatisées", ainsi que les autres amphétamines ou dérivés de la cocaïne, n'ont été responsables que de 5% des

recours. Les différents médicaments (Rohypnol®) et l'alcool sont très présents en produits associés: entre 36 et 44% des toxicomanes consultants étaient polytoxicomanes. Les urgences sont un excellent observatoire des produits de fabrication illicites, et de la toxicomanie loco-régionale.

Dans 32 % des cas, existent des problèmes somatiques qui justifient le recours aux urgences. La fréquence des pneumopathies a déjà été signalée(4). Le sida n'est pas la cause principale de ces affections, bien que 27% des consultants soient séropositifs connus. L'usage de drogues par voie intraveineuse engendre une morbidité et probablement une mortalité mal prise en compte dans le "simple" décompte des overdoses (5).

Le "manque" et les divers troubles psycho-sociaux, souvent redoutés, sont finalement peu présents (moins de 8% des demandes)

Dans les suites de l'accueil aux urgences, 61% des personnes accueillies sont reparties par leurs propres moyens, après une consultation ou quelques soins, 28% ont été hospitalisées, 10% ont refusé de rester et sont sorties contre avis médical (tableau II).

Les équipes soignantes ont des difficultés avec les usagers de drogues, impatients et polyvalents dans leurs demandes, et éprouvent un fort sentiment d'impuissance et d'échec, accentué par le haut niveau de "récidive" des consultations.

L'apparition des produits de substitution modifie l'attitude des usagers et de leurs familles: des demandes de "dépannage" se font à nouveau pressantes, et il semble difficile pour les services d'urgences de faire entendre la différence entre un traitement construit, et la délivrance simple (voire automatique) d'opiacés...

La formation des équipes, répétées, intégrant les internes est importante. La circulaire DH/DGS du 3 avril 1996, a prévu de développer la prise en charge des toxicomanes à l'hôpital général. La mise en place d'une équipe de liaison, chargée en particulier de former le personnel répond aux problèmes évoqués par cette étude. Dans certains centres hospitaliers, l'ouverture de "lits de crise" devrait permettre de résoudre des situations cliniques difficiles, associant les effets des produits, des troubles psychiatriques et des manifestations somatiques.

Enfin, il existe une demande du "corps social" pour que les urgences interviennent en prévention (distribution de préservatifs, de seringues...)(6) et assurent des "consultations précarité", à savoir l'accueil et le bilan de

personnes sans logement, sans ouverture de droits à la sécurité sociale (2). Ce sont les situations locales, les réseaux d'orientation, les accords entre les partenaires du soin et du social, qui permettront éventuellement d'assurer ces différentes missions en respectant le potentiel spécifique des services d'urgences.

En conclusion, les données de cette étude montrent que les urgences de notre département sont utilisées à bon escient. L'accueil des toxicomanes pose à l'évidence davantage un problème qualitatif que quantitatif. Les "rencontres" donnent lieu essentiellement à des consultations externes, et à peu d'hospitalisations, même si des habitudes locales influencent les choix. La formation des équipes, régulièrement renouvelée, intégrant un travail avec les réseaux ville-hôpital en amont, semble être un des éléments de la qualité de cet accès au système de soins.

Tableau I: Age et sexe des toxicomanes reçus aux urgences

	1993	1994	1995	SESI Nov. 1994
Age				
moins de 18 ans	1%	3%	1%	4,20%
de 19 à 24 ans	24%	30%	16%	16,70%
de 25 à 30 ans	43%	39%	53%	30%
plus de 30 ans	31%	27%	30%	47,50%
Sexe				
Homme	80%	83%	81%	74,50%
Femme	20%	17%	19%	25,50%

Tableau II: Devenir des toxicomanes consultant aux urgences

	Urgences Nov 1995		Urgences Nov 1995
Motif d'arrivée		Devenir	
Trouble de la conscience	45%	Consultation	61%
Tentatives de suicide	11,20%	Hospitalisation	28%
Pathologie somatique	32%	Sortie CAM	10%
Demande de sevrage	8%		

- Autres aspects

- Le Téléphone Vert "Allô Drogue 95" animé par l'association Imagine

	1991	1993	1994	1995	1996
nombre appels interprétables	1430	2044	2730	3216	3085
de toxicomanes	758	1069	1399	1442	1318
des familles	672		624	835	685

Cette ligne téléphonique gratuite est proposée par l'association Imagine depuis 1986. Après 10 ans de fonctionnement , et malgré plusieurs difficultés de financement, cette ligne départementale (mais aussi régionale puisque 29% des appels ne proviennent pas du Val d'Oise en 1996) s'impose comme un outil précieux, quoique encore mal connu. Il semble complémentaire du Téléphone Vert National, et particulièrement adapté car plus accessible et plus proche des besoins locaux.

En 1996, 51% des appels interprétables représentent un premier contact avec une structure spécialisée.

Plusieurs types d'interventions sont possibles par cet outil:

- réponses à des demandes d'informations générales, jouant un rôle d'information et de prévention
- réponses à une détresse psychologique avec soutien ou orientation
- réponses et mise en oeuvre des moyens de secours face à une urgence somatique
- réponses et orientation immédiates pour une demande de suivi

Aspects judiciaires

Depuis 1991, nous sommes attentifs à la perception et à l'importance réelle que prennent les toxicomanes dans l'institution judiciaire. Des contacts réguliers avec des juges, des avocats, des représentants du parquet, nous ont montré les difficultés que posaient les usagers de drogues, dès lors que l'on essayait de trouver une solution adaptée - intégrant bien sûr le principe de sanction - dans les suites d'un délit. L'évaluation quantitative des délits traités

par les tribunaux se heurte à une évidence (les délits directement liés aux ILS sont déjà comptabilisées par la police), et à une difficulté majeure: l'enregistrement selon le motif de la comparution. En effet, la plupart des toxicomanes jugés ont commis des actes de délinquance. Leur toxicomanie apparaît dans le dossier mais n'est pas accessible à une évaluation exhaustive. Il est donc difficile actuellement, de connaître le nombre effectif de toxicomanes ayant affaire avec la justice, quelque soit le motif de l'interpellation ou leur devenir.

En 1993, nous avons pu rencontrer le Comité de Probation, qui avait proposé une étude interne sur les dossiers suivis. Les éducateurs spécialisés suivent en effet un certain nombre d'individus et de dossiers. En mars 1994, sur un total de 1767 mesures, 11,7% (soient 207 personnes) sont liées à une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Prévention, Information, Formations

Ce chapitre est volontairement réduit sur le plan descriptif. Il ne semble pas possible de répertorier de façon exhaustive toutes les actions menées dans le département. Certaines associations proposent un bilan chiffré, manifestement sous-évalué ou inadapté au travail effectué. On pourrait imaginer la création d'un "guichet commun", dont le rôle serait effectivement de recevoir les demandes et de coordonner les différentes réunions organisées ici ou là. Au niveau départemental, il existe au sein du C.D.P.D., un groupe de suivi en charge de la toxicomanie. Ce groupe doit coordonner à partir de 1997 les actions de prévention (Comité restreint de lutte contre la drogue et de prévention des toxicomanies).

Dans l'attente, des interventions très inégales dans leur organisation, leur sérieux, leurs objectifs, se répartissent au hasard des demandes et des effets de modes.

Les associations spécialisées repèrent différents axes: actions en partenariat local immédiat, actions dans le cadre des contrats ville, action en milieu scolaire, action auprès des professionnels.

L'association Imagine a organisé en 1996, après plusieurs années d'interruption, un Colloque (les 9èmes Journées Départementales) sur le thème: "Toxicomanie: modes et travaux". Ce moment tout à fait spécifique pour les travailleurs sociaux du département, mais aussi pour tout professionnel concerné quelque soit son lieu de travail en France, permet d'échanger sur ses pratiques, mais aussi de progresser dans la réflexion sur les implications de la pharmacodépendance.

Une autre action nationale de l'association Imagine, est la diffusion depuis plusieurs années d'une Bande Dessinée: "Toxicomanie, Sida and Co". Ce recueil associe des histoires incisives, illustrant souvent par l'absurde les situations de la drogue et de la contamination par le VIH, et un réel message de prévention écrit par des médecins du Centre.

Comité Départemental de Substitution

Ce comité, animé par la DDASS, a été créé pour suivre les modalités de prescription et de délivrance des produits de substitution. En 1995, une première réunion a permis de poser les bases du travail à venir. Il y est confirmé que le centre DUNE délivre de la méthadone (en fin d'année) à environ 10 personnes. La buprénorphine est utilisée de façon informelle. Le suivi du nombre de carnets à souches délivrés par le Conseil de l'Ordre des Médecins du Val d'Oise est une des données indirectes de l'implication des médecins dans ces prescriptions. En 1993, 393 carnets à souches ont été demandés, en 1994: 398, en 1995: 530, plus de 600 en 1996. Un travail en collaboration avec les pharmaciens se met en place. Une évaluation régulière de la situation est nécessaire.

A partir de 1996, le Comité Départemental mène une enquête auprès des réseaux afin d'établir le nombre de médecins et de patients concernés par la substitution.

La quatrième réunion de ce comité a eu lieu le 18 octobre 1996.

Plusieurs discussions concernent le suivi et le contrôle des patients sous Subutex®, la question des doubles prescriptions, et l'attitude de la police en cas d'interpellation et de garde à vue de patients prenant des produits de substitution. L'existence d'un trafic, d'un marché parallèle est aussi évoqué.

Au cours de l'année 1996, le Dr Carpentier, nommé pour la région par la DRASS, est intervenu dans le Val d'Oise dans une mission de recrutement et de formation des médecins en matière de substitution.

En matière de formation, les différents secteurs du département ont mené des actions, dont l'évaluation est satisfaisante même si la mobilisation des médecins reste faible, et qui devront être reconduites l'an prochain.

En Conclusion

Le regard qui porte sur 5 ans d'évolutions des données toxicomanie de notre département, relève un certain nombre de points qu'il est possible de synthétiser:

- il n'y a pas une spécificité Val d'Oisienne en matière de toxicomanie et les données recueillies sont très proches des données relevées au niveau régional (la région Parisienne présente quant à elle des caractéristiques qui la distinguent du reste du territoire national). Il semble exister une prédominance de l'usage de cannabis dans notre département: cette constatation doit être relativisée. Les données "police et gendarmerie" sont très dépendantes des moyens investis, et du "hasard" d'affaires importantes. Il paraît cependant possible que la faiblesse relative des ILS liées à l'héroïne soit aussi liée au décalage de ces ILS vers les départements limitrophes (petite couronne). De fait, le chiffre des héroïnomanes Val d'Oisiens interpellés en France entière est tout à fait conséquent. Sur 5 ans, l'augmentation des interpellations pour usage est explosive. Augmentation des moyens policiers ou plus grande efficacité des services, augmentation des consommateurs ou augmentation de leur visibilité, sont autant de pistes que seules des recherches plus poussées pourraient explorer. On peut probablement parler d'une évolution sociale et d'un échec de la prévention: ceci ne surprend pas les professionnels confrontés depuis longtemps à l'accentuation de la pauvreté, des exclusions, de "l'ennui" et de la pression des groupes, et par ailleurs, au côté dérisoire des informations sur les drogues telles qu'elles peuvent être menées de façon systématique donc inadaptées.

La présence de l'Aéroport de Roissy sur le territoire départemental biaise les chiffres "trafic" et que nous avons logiquement mis en annexe.

Au niveau national, 1996 marque un décrochage dans l'augmentation de l'héroïne, et une explosion du crack et de l'ecstasy.

- Dans le champ de la Santé, la baisse du nombre de cas de sida déclarés est un point positif important. Nous n'avons pas encore pris la mesure de l'infection par le virus de l'hépatite C, qui touche 60 à 90% des héroïnomanes.

Les années écoulées ont été caractérisées par une évolution profonde des outils de soins: nous avons vu l'apparition des réseaux, des produits de substitution, d'un véhicule d'accès aux soins. Ils doivent être évalués et être adaptés aux besoins réels du terrain. Les centres continuent à voir de plus en plus de patients toxicomanes, et semblent nous signaler une modification de cette population (âge, produits...). Le travail en prison est un succès en terme

de fréquentation, mais il est maintenant nécessaire de suivre à moyen terme les personnes rencontrées afin de déterminer l'influence du travail effectué.

On constate par ailleurs un effondrement des demandes et des consultations parents: est-ce lié aux modifications des produits avec la baisse de l'usage d'héroïne et donc des problèmes associés?

Une double évaluation intégrant des critères qualitatifs et la spécificité de cette clinique ne devrait plus être différée: évaluation quantitative sur le rapport activité clinique / personnel employé; et une autre, particulièrement difficile mais riche, sur l'adéquation des réponses théoriques proposées aux besoins et aux réalités des toxicomanes d'aujourd'hui.

Nous sommes témoins du fait que le phénomène toxicomanie est profond et ... conjoncturel. Il répond à un moment particulier de notre civilisation où les 18-30 ans consomment des psychotropes avec des motivations diverses mais fortes. L'usage de drogues, dans cette logique, serait associé à une psychopathologie franche, qui génère par elle-même une morbidité-mortalité directe (dépression, suicide...). L'explosion sociale (chômage, violence, bandes...) est un des autres aspects intimement lié au phénomène "drogue". La prise en compte de la toxicomanie relève donc de fait d'une orientation sociale au niveau national, de décisions politiques, déclinées au niveau local par une pluralité de professionnels.

Annexe 1 - Le Val d'Oise

Éléments géographiques et démographiques

Le Val d'Oise représente 10% de la superficie régionale avec 1245 Km² et comporte 3 régions: la plaine de France, le Vexin, et le Parisis. Les grands ensembles ont été construits dans les années 50 et 60 .

Analyse Démographique (source recensement INSEE 1990, Conseil Général)

1 049 716 habitants

185 communes

Taux accroissement de la population: 14% (1982-1990) soit 129000 habitants; c'est le département d'Ile de France qui a connu la plus forte croissance démographique en l'espace d'un siècle.

Département/ Population	1968	1990
Paris	2590771	2152423
Hauts de Seine	1461619	1391658
Seine St Denis	1249606	1381197
Val de Marne	1121319	1215538
Seine et Marne	604340	1078166
Yvelines	854382	1307150
Essonne	673325	1084824
Val d'Oise	693269	1049598
Total IDF	9248631	10660554

tranches age	0-19 ans	20-39	40-59	60-74	75 et plus
France	26,5%	30,3%	23,3%	12,8%	7,1%
Ile de France	26,1%	33,4%	24,7%	10,1%	5,7%
Val d'Oise	30,6%	32,6%	24,1%	8,5%	4,1%

401443 jeunes de moins de 25 ans ont été dénombrés dans le Val d'Oise à l'occasion du recensement de 1990.

Annexe 2

Enquête OMS-CFES sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (11-13-15 ans) - F. Baudier; C. Chan Chee; C. Dressen; J. Arènes - paru dans le numéro 19 d'Actualité et dossier en santé publique.

L'alcool est présent dans l'univers des Français de 11 à 15 ans, même si leur consommation reste à cette période de la vie surtout occasionnelle. En effet, entre 70% et 80% des jeunes déclarent consommer une boisson ne serait-ce que de temps en temps, et entre 15% et 29% disent en consommer régulièrement, au moins une fois par semaine. Globalement, 18% des 11-15 ans ont déjà été ivres au moins une fois dans leur vie. Ces chiffres atteignent 28% pour les filles et 39% pour les garçons à 15 ans.

Leurs boissons sont, par ordre de préférence, les apéritifs (les garçons de 15 ans en Midi-Pyrénées sont plus d'un sur cinq à déclarer prendre un apéritif au moins une fois par semaine), la bière (consommée par la moitié d'entre eux), le cidre et le vin (pour ces deux dernières boissons, leur consommation est plus fréquente dans le sud-ouest de la France qu'en Lorraine).

La prise de boisson alcoolisée de façon régulière est liée au fait d'être de sexe masculin, de fumer, de vivre dans le sud-ouest et en milieu rural (en particulier, commencer à goûter une boisson alcoolisée dès l'enfance semble relever d'une culture régionale), d'avoir un père cadre, de regarder la télévision plus de deux heures par jour et de passer souvent des soirées entre amis.

La comparaison entre les vingt-quatre pays participants à l'enquête montre que les jeunes Français sont parmi les consommateurs d'alcool les plus assidus dans les trois groupes d'âge considérés.

Tabac

La consommation de tabac concerne environ un jeune sur cinq entre 11 et 15 ans. Elle commence plus tôt chez les garçons (à 11 ans, 5,6% de fumeurs contre 1,9% de fumeuses) mais dès 13 ans, le pourcentage de filles et de garçons qui fument devient identique (respectivement 19,8% et 19,3%). Enfin, à 15 ans, les filles sont un peu plus nombreuses à fumer (36,7%) que les garçons (34,0%).

Le fait de fumer dépend ainsi de l'âge, du sexe, de la consommation régulière d'alcool, du fait d'avoir déjà été ivre et de passer plus souvent que les autres des soirées entre amis.

Globalement, les jeunes consomment en moyenne 3,3 cigarettes par semaine à 11 ans, 9,9 cigarettes par semaine à 13 ans, et 27,2 cigarettes à 15 ans. Comparé aux autres pays, le pourcentage de fumeurs français est parmi les plus importants.

Drogue

Environ un jeune de 15 ans sur 4 s'est déjà vu proposer de la drogue. C'est dans plus de 40% des cas lors d'une fête ou d'une soirée avec des copains, dans plus de 20% des cas à l'école ou à la sortie de l'école, dans 17% des cas au sein du quartier de résidence. Les jeunes en milieu rural sont moins confrontés à ces propositions (9,6% contre 22,7% en ville).

La consommation de drogues chez les jeunes de 15 ans concerne 16% de la population. Le haschich est le produit principalement utilisé.

Les facteurs prédictifs d'une utilisation de produits illicites à 15 ans sont le fait de fumer, d'avoir été déjà ivre et l'absence de père à domicile.

Un autre travail mené par P.Arvers, sur une population de 6850 adolescents issus de Grande-Bretagne, Espagne et France (entre 11 et 16 ans) interrogée par auto-questionnaire sur leur consommation d'alcool, donne les résultats suivants:

- les abstinents ne représentent -au mieux- qu'à peine plus du tiers des adolescents interrogés (23,5% en France)
- le première alcoolisation avant l'âge de 8 ans n'est pas exceptionnelle (7% des français), et a souvent lieu en milieu familial
- les garçons consomment davantage d'alcool que les filles
- les familles monoparentales sont celles où la consommation d'alcool est la plus forte.

Les auteurs montrent par ailleurs qu'il peut y avoir une corrélation entre l'attitude permissive des parents et un plus haut niveau de consommation chez les adolescents.

Consommation de drogues chez les adolescents, 1993

source: INSERM-U169, DGLDT, OFDT

En 1993, parmi les 11-19 ans, 85% n'ont jamais pris de drogue. Le haschich est la drogue la plus expérimentée. Les associations produits licites- produits illicites sont à souligner: ainsi, 92% de ceux qui ont expérimenté une drogue illicite prennent aussi de l'alcool ou du tabac.

	Consommation:	occasionnelle	régulière
11-13 ans			
	filles	2%	1%
	garçons	4%	2%
14-15 ans			
	filles	8%	2%
	garçons	8%	4%
16-17 ans			
	filles	13%	6%
	garçons	15%	9%
18 ans et plus			
	filles	14%	8%
	garçons	20%	19%

Idées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents 1993

source: INSERM-U169

		Idées suicidaires	Tentatives de suicide
11-13 ans			
	filles	16%	4%
	garçons	16%	6%
14-15 ans			
	filles	29%	8%
	garçons	17%	5%
16-17 ans			
	filles	33%	9%
	garçons	22%	4%
18 ans et plus			
	filles	36%	12%
	garçons	25%	5%

.Législation européenne (mise à jour 1994)

en matière d'usage et de trafic des stupéfiants

source PNUCID:B.Leroy, OFDT, DGLDT

PAYS	Classement des Stupéfiants	U s a g e de Stupéfiants	Possession pour usage personnel	Détention, cession ,trafic
Allemagne	pas de distinction entre drogues	n o n incriminé directement	1 à 4 ans	1 à 15 ans
Autriche	pas de distinction entre drogues "dures" et "douces "	n o n incriminé directement	jusqu'à 6 mois	*
Belgique	pas de distinction entre drogues	usage collectif 3 à 5 ans	assimilée au trafic	3 mois à 20 ans
Danemark	pas de distinction entre drogues	n o n incriminé directement	assimilée au trafic	jusqu'à 10 ans
Espagne	distinction entre cannabis et autres drogues	usage en public sanction administrative	sanction administrative	d: 4 mois à 17 ans - D: 8 mois à 23 ans
Finlande	pas de distinction entre drogues dites dures et drogues dites douces	n o n incriminé directement	assimilée au trafic jusqu'à 2 ans	*
France	pas de distinction entre drogues	jusqu'à 1 an	assimilée au trafic	jusqu'à perpétuité
Grèce	pas de distinction entre drogues	n o n incriminé directement	réprimée 2 à 5 ans pour les non toxicomanes	5 ans à perpétuité
Irlande	distinction entre cannabis et autres drogues	non incriminé (sauf opium jusqu'à 14 ans)	d: jusqu'à 3 ans D: jusqu'à 7 ans	d: jusqu'à 7 ans D : jusqu'à perpétuité
Italie	distinction entre cannabis et autres drogues	n o n incriminé directement	sanction administrative	2 à 20 ans
Luxembourg	pas de distinction entre drogues	individuel: 3 mois à 3 ans, collectif 1 à 5 ans	acquisition et détention pour usage jusqu'à 5 ans	1 an à perpétuité
Pays-Bas	distinction entre cannabis et autres drogues	n o n incriminé directement	en théorie : d: jusqu'à 3 mois D: jusqu'à 1 ans	d: jusqu'à 4 ans D: jusqu'à 12 ans
Portugal	pas de distinction entre drogues	jusqu'à 3 mois	jusqu'à 3 mois	1 à 18 ans
Royaume-Uni	distinction entre 3 niveaux de dangerosité A,B,C	non incriminé (sauf opium jusqu'à 14 ans)	A: jusqu'à 7 ans B: jusqu'à 5 ans C: jusqu'à 2 ans	A: prison à vie B jusqu'à 14 ans C: jusqu'à 5 ans
Suède	pas de distinction entre drogues dites dures et drogues dites douces	n o n incriminé directement	jusqu'à 6 mois	*

d: drogue "douce" D: drogue "dure" Durées: durées d'emprisonnement

A: toxiques B: stupéfiants C: dangereux

* données non collectées pour les nouveaux états membres

Annexe 4- Législation (principaux textes parus de 1992 à 1996)

Rappel : LOI N° 70-1320 du 31 Décembre 1970 modifiée, extraits
relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression
du trafic et de l'usage illicites des substances vénéneuses
(JO du 2/1/71)

Art L 355-14 - Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou
plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité
sanitaire.

*Dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la
République.*

Art L 355-15 - Chaque fois que le procureur de la République, par
application de l'article L 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un
usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se
placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire
compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur
la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

Art L 355-16 - 1° Si, après examen médical, il apparaît que la personne est
intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un
établissement agréé choisi par l'intéressé ou à défaut désigné d'office, pour
suivre une cure de désintoxication.

2° Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle
fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date de
début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel
ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement
ambulatoire.

3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe
régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

4° En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le
médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité
sanitaire qui prévient le parquet.

*Dispositions particulières aux personnes signalées par les services médicaux et
sociaux*

Art L 355-18 - L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément aux services de prévention et de cure.

Art L 355-21 - Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci-dessus. Ils pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite des stupéfiants.

Substances vénéneuses

Art L 626 - Seront punis d'un emprisonnement de 2 mois à 2 ans et d'une amende de 2000 frs à 20 000 frs, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des décrets en Conseil d'Etat concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

Art L 627 - Seront puni d'un emprisonnement de 2 ans à 10 ans et d'une amende de 5000 frs à 50 000 000 frs, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans l'importation, la production, la fabrication ou l'exportation illicite des dites substances ou plantes, la peine d'emprisonnement sera de 10 à 20 ans.

La tentative d'une des infractions réprimées dans l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

(Loi n° 87-1157 du 31/12/87)

Seront punis d'un emprisonnement de 2 à 10 ans, d'une amende de 5000 frs à 500 000 frs ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui, par tout moyen frauduleux, auront facilité ou tenté de faciliter la justification mensongère de l'origine des ressources ou des biens de l'auteur de l'une de ces infractions mentionnées au 1er alinéa du présent article ou ceux qui auront sciemment apporté leur concours à toute opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit d'une telle infraction.

Les peines prévues aux 3 alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents. Seront également punis d'un emprisonnement de 2 à 10 ans et d'une amende de 5000 frs à 50 000 000 frs ou de l'une de ces deux peines seulement: 1° Ceux qui auront facilité à autrui l'usage des dites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit pour tout autre moyen; 2° Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes; 3° Ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

Lorsque l'usage desdites substances ou plantes aura été facilité à un ou des mineurs de moins de 21 ans, ou lorsque ces substances ou plantes leur auront été délivrées dans les conditions prévues au 3ème ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de 5 à 10 ans.

.....

Art. L. 628 - Seront punis d'une emprisonnement de 2 mois à 1an et d'une amende de 500 frs à 15000 frs ou de l'une de ces 2 peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Art L 628-1 - Le Procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L 355-15 à L 355-17.

L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

....

Les modifications de la Loi du 31 Décembre 1970

- Loi N°94.89 du 1er février 1994 instituant une peine incompressible, et relative au nouveau code pénal
- Nouveau Code Pénal, entrée en vigueur: 1er mars 1994 article 222.34 à 222.43- du trafic de stupéfiants
- Arrêtés du 11 octobre 1995, fixant les listes des substances classées comme stupéfiants, des substances et préparations psychotropes soumises à déclaration, des substances psychotropes

Les organes de lutte contre la drogue et la toxicomanie

- Lettre du 14 janvier 1993 mise en oeuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie
- Arrêté du 5 mars 1993 portant approbation de constitution d'un GIP (Observatoire national des drogues et des toxicomanes)
- Arrêté du 11 mars 1993 portant création d'une mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
- Décret N°93-1031 du 31 août 1993 portant création et organisation de directions départementales de la sécurité publique
- Arrêté du 20 décembre 1993 relatif à la composition et au fonctionnement de la Commission des stupéfiants
- Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie
- Arrêté du 20 juillet 1994 fixant l'organisation de la direction des affaires criminelles et des grâces
- Décret N°94-1032 du 23 novembre 1994 fixant la liste et le ressort des cours d'assises compétentes en matière de trafic de stupéfiants
- Loi n°96-350 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative
- Arrêté du 9 mai 1995, portant création de la Mission de lutte anti-drogue
- Décret N° 96-350 du 24 avril 1996 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- Circulaire du 9 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental

Les mesures sanitaires et sociales

- Circulaire DGS/2D du 23 mars 1992 relative aux orientations 1992 de la direction générale de la santé dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.
- Décret n° 92.590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Arrêté du 23 juillet 1992 fixant le modèle de convention type relative aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif
- Arrêté du 26 août 1992 fixant la composition du dossier de demande exigé lors de la création et de l'extension d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes .
- Arrêté du 26 août 1992 fixant le modèle de convention type relative aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes gérés par un établissement public de santé .
- Circulaire DGS/2D n° 56 du 6 octobre 1992 concernant le décret n° 92.590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes
- Circulaire du 5 mai 1992: Actions de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues avec échange du matériel d'injection.
- Décret N°93-704 du 27 mars 1993 relatif aux soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé
- Circulaire DGS N°45 du 17 juin 1993, relatif au renforcement des actions de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH
- Arrêté du 6 juillet 1993 relatif à la création d'un traitement statistique de données indirectement nominatives sur les toxicomanes ayant recours au système de soins.
- Arrêté du 18 août 1993 relatif aux réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes
- Arrêté du 15 septembre 1993 fixant le modèle d'avenant conventionnel relatif aux sections Appartement thérapeutique-relais des centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif
- Circulaire N°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.
- Loi N°94.43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Circulaire N°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes

- Circulaire DGS-DH N°15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogue
- Décret N°94-929 du 27 octobre 1994
- Circulaire N°45 du 8 décembre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus et à leur protection sociale
- Circulaire DGS/SP3 n°04 du 11 janvier 1995, relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995
- Note d'information du 15 février 1995, relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes
- Décret n°95-255 du 7 mars 1995, modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972, réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
- Arrêté du 7 mars 1995, relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles
- Arrêté du 13 mars 1995, fixant la liste des substances stupéfiantes
- Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995, relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés
- Lettre circulaire DGS n°310-95 du 7 avril 1995, relative à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Implications du décret du 7 mars 1995 et présentation des kits destinés aux associations
- Circulaire DGS n°37 du 12 avril 1995, relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile
- Arrêté du 2 octobre 1995, relatif à la durée de prescription de médicaments à base de buprénorphine par voie orale aux doses supérieures à 0,2 mg
- Lettre circulaire DGS/DIV SIDA n°95-1320 du 15 octobre 1995, relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes
- Circulaire DGS n°92 du 27 octobre 1995, relative à l'adaptation de l'organisation du dispositif de lutte contre l'infection à VIH
- Relevé du 6 février 1996 des dépenses des centres spécialisés de soins aux toxicomanes par département
- Circulaire DGS/SP3 N° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996

- Circulaire DGS/SP3 N° 96-303 du 6 mai 1996 relative au taux d'évolution pour 1996 des enveloppes départementales de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme
- Décret N°96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'Etat à la mise sur le marché de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites
- Lettre DS2-449/96 du 11 juin 1996 aux associations menant des programmes de prévention du sida et des hépatites auprès des usagers de drogues
- Circulaire DAS N°96-378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 18 à 25 ans
- Note d'information DGS/685 du 27 juin 1996 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes
- Arrêté du 28 novembre 1996 relatif aux carnets à souches pour prescription de stupéfiants par les médecins
- Circulaire N°739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitenciaire: prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels

L'injonction thérapeutique

- Circulaire CRIM-93-3/SDJC du 15 février 1993
- Circulaire DGLDT/CRIM/DGS n°20C du 28 avril 1995, relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique
- Arrêté du 10 avril 1996 relatif à la gestion automatisée des mesures d'injonction thérapeutique

La Répression

- Décret n° 92.343 du 1er avril 1992 relatif aux conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance (CDPD-CCPD).
- Circulaire CRIM-92-13/S.D.J.C. du 2 octobre 1992 sur les réponses à la délinquance urbaine.
- Circulaire du 23 décembre 1992 La lutte contre le développement de la toxicomanie.
- Lettre du 23 décembre 1992 relative à la politique de prévention de la délinquance, aux actions de prévention pour la sécurité dans la ville.
- Circulaire du 23 décembre 1992 relative à la prévention de la délinquance et de la récidive. Actions de prévention pour la sécurité dans la ville en 1993.

- Loi N°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques
- Lettre du 28 septembre 1993 relative aux plans départementaux de sécurité
- Circulaire CRIM.94.6/E1 du 14 avril 1994 relative aux orientations de la politique pénale
- Décret n°95-322 du 31 janvier 1995, relatif au contrôle du commerce des produits chimiques précurseurs de stupéfiants ou de substances psychotropes avec des pays n'appartenant pas à la Communauté Européenne
- Avis du 27 octobre 1995, aux importateurs de produits chimiques susceptibles d'être utilisés pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes.
- Loi N°96-130 du 21 février 1996 autorisant l'approbation de la convention relative au blanchiment, au dépistage, à la saisie et à la confiscation des produits du crime, faite à Strasbourg le 8 novembre 1990
- Loi N° 96-359 du 29 avril 1996 relative au trafic de stupéfiants en haute mer et portant adaptation de la législation française à l'article 17 de la convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et substances psychotropes faite à Vienne le 20 décembre 1988
- Loi N°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime
- Loi N°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes
- Avis du 20 novembre 1996 aux exportateurs de produits psychotropes
- Arrêté du 29 novembre 1996 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants
- Décrets N°96- 1060 et 1061 du 5 décembre 1996 fixant la liste et le contrôle des précurseurs chimiques de stupéfiants ou de substances psychotropes

La prévention en milieu scolaire

- Circulaire n° 92.166 du 27 mai 1992
relative aux conditions de sécurité dans les établissements scolaires.
- Circulaire n° 92.334 du 13 novembre 1992
relative à l'amélioration de la sécurité des établissements scolaires.
- Circulaire n° 92.360 du 7 décembre 1992
relative à la politique éducative dans les zones d'éducation prioritaires .
- Arrêté du 23 février 1993

relations du ministère chargé de l'Education Nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public

-Circulaire N°93-137 du 25 février 1993

relative au développement des Comités d'environnement social

-Une nouvelle politique de prévention - 29 septembre 1994

-Arrêté du 19 février 1996

-Circulaire du 14 mai 1996 relative à la coopération entre le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministère de la justice, le ministère de la défense et le ministère de l'intérieur pour la prévention de la violence en milieu scolaire

-Circulaire N°96-156 du 29 mai 1996 - sanction de faits délictueux commis à l'intérieur des locaux scolaires

La prévention au ministère de la jeunesse et des sports; la lutte contre le dopage

-Instruction N°94.087 JS du 17 mai 1994 et N°94.136 JS du 26 juillet 1994 relative au programme national de lutte contre les toxicomanies

-Arrêté du 7 octobre 1994 relatif à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants

-Arrêté du 10 avril 1996 relatif à une application informatisée concernant la lutte contre le dopage

-Instruction N°96-139JS du 19 août 1996 : Programme national de lutte contre les toxicomanies. Actions du ministère de la Jeunesse et des Sports en 1996.

La Politique de prévention dans la ville

-Circulaire du 19 mai 1994

Annexe 5 - Adresses

Téléphone Vert Toxicomanie du Val d'Oise: 0800 32 31 12

Centre Imagine

- 6 allée des Bouleaux - Cité Noyer Crapaud - 95230 - Soisy sous Montmorency - 01 39 89 17 49

- 7 rue Marius Delpech - 95200 - Sarcelles - 01 34 53 05 22

Dune

- "Les Oréades" 2 ème étage - Parvis de la Préfecture - 95000 - Cergy - 01 30 73 11 11

Rivage - 10 avenue Joliot-Curie - 95200 - Sarcelles - 01 39 93 66 67

Lexique

MILT Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie

DGLDT Direction Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

SESI Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information

INSERM Institut National de la Santé de de la Recherche Médicale

INSEE Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

ORS Observatoire Régional de la Santé

DDASS Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

OCRTIS Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants

CHRS Centre d'hospitalisation et de réadaptation sociale

CDPD Comité Départemental de Prévention de la Délinquance

psychotrope agit sur le psychisme, modifie le comportement

Bibliographie

- 1- La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales - Documents Statistiques - SESI - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville - Novembre 1994
- 2 - Solal J.F., Schneider M.C. - Toxicomanies et exclusion sociale. Rev. Prat., 1996, 46, 1854-1860.
- 3 - Gremy I. - Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile de France, 1986-1993. Publication de l'ORS - Avril 1995.
- 4 - Pesce A., Cassuto J.P., Quaranta J.F.- Pathologie somatique du toxicomane. Abrégés Masson - 1988 - Paris.
- 5 - Hatton F., Facy F., Jouglu E. - La mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France. Rev.Epidémiol.Santé Publique, 1983, 41, 422-424.
- 6 - Facy F.- Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Direction Générale de la Santé - Division Sida - 1992, 10-22.

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES TOXICOMANES
en Novembre 1990 - Documents Statistiques du SESI - Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration - Décembre 1991

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES TOXICOMANES
en Novembre 1991 - Documents Statistiques du SESI - Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration - Juillet 1993

LES TOXICOMANES ET LE SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL;
ANTOINE D.; Informations Rapides; SESI; Mai 1993

LES TOXICOMANES ET LE SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL;
ANTOINE D.; Informations Rapides; SESI; Décembre 1996

STATISTIQUES 1993: Usage et trafic de drogues; Office Central pour la Repression du Trafic Illicite des Stupéfiants; Ministère de l'Intérieur

STATISTIQUES 1994: Usage et trafic de drogues; Office Central pour la Repression du Trafic Illicite des Stupéfiants; Ministère de l'Intérieur

STATISTIQUES 1995: Usage et trafic de drogues; Office Central pour la Repression du Trafic Illicite des Stupéfiants; Ministère de l'Intérieur

STATISTIQUES 1996: Usage et trafic de drogues; Office Central pour la Repression du Trafic Illicite des Stupéfiants; Ministère de l'Intérieur

LES TOXICOMANES EN ILE DE FRANCE - Publication de la DRASS d'Ile de France

LA TOXICOMANIE EN ILE DE FRANCE - Une première approche - 1989
- Publication de l'ORS - Février 1989

ASPECTS DE LA TOXICOMANIE EN ILE DE FRANCE; ORS; février 1989

TOXICOMANIE EN ILE DE FRANCE - Suivi 1986-1989 - Dr Tuppin -
Publication de l'ORS - Novembre 1990

SUIVI DE LA TOXICOMANIE EN ILE DE FRANCE - 1986-1990 - Dr Gremy - Publication de l'ORS - Septembre 1992

SUIVI DE LA TOXICOMANIE ET DES USAGES DE DROGUE EN ILE DE FRANCE - 1986-1991 - Dr Gremy - Publication de l'ORS - Avril 1993

SUIVI DE LA TOXICOMANIE ET DES USAGES DE DROGUE EN ILE DE FRANCE - 1986-1993 - Dr Gremy - Publication de l'ORS - Avril 1995

DROGUES ET TOXICOMANIES - Indicateurs et tendances - C.Carpentier, JM. Costes - DGLDT , OFDT - Editions 1995 et 1996

Décret n° 92-590 du 29 Juin 1992, publié au J.O. du 2/7/92, relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

DUNE - Rapport d'activité 1993 - 1994 - 1995 - 1996

IMAGINE - Rapport d'activité 1993- - 1994 - 1995 - 1996

ASPLCT - Rapport d'activité 1993 -RIVAGE - Rapport d'activité - 1994 - 1995 - 1996

Procès Verbal de la réunion du 19/10/92, du Comité Départemental de Lutte contre la Toxicomanie.

TOXICOMANIE ET CONDITION HUMAINE; Actes du 20ème anniversaire du Centre Médical Marmottan; 340 pages; Avril 1993

LA DROGUE; Travaux de la Commission Interministérielle des Stupéfiants; Revue Française des Affaires Sociales; 352 pages; Avril 1981

DROIT DE LA DROGUE; F. Caballero; Editions Dalloz; 720 pages; Mars 1989

LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES ET COMPORTEMENTS DES FRANCILIENS FACE AU SIDA; résultats de l'enquête 1992; ORS Ile de France

MEDECINS GENERALISTES ET PHARMACIENS: ENJEUX PROFESSIONNELS DU TRAVAIL EN RESEAU; Mémoire de DEA de Santé Publique, présenté par Françoise Marchand-Butin

L'HOPITAL FACE À L'INFECTION A VIH - Documents statistiques; résultats de l'enquête du 23/6/93; SESI

"Accueil Téléphonique SIDA Val d'Oise"; Bilan d'activité; Assistantes Sociales CRAMIF

CISIH Bichat- Claude Bernard ; Rapport d'activité 1993 - 1994- 1995 - 1996
LES TOXICOMANES ET L'INFECTION PAR LE VIH; D.Antoine, F.Bourdillon, J.Pillonel; Solidarité Santé n°3, 1994 .

USAGE DE MEDICAMENTS A BUT PSYCHOTROPES A L'ADOLESCENCE: POURQUOI PLUS LES FILLES? Etude sur un échantillon des 12-20 ans scolarisés en Haute-Marne (France); S.Ledoux, M. Choquet; Revue Epidémiologie et Santé Publique; 1994, 42, 216-223.

ADOLESCENTS: ENQUÊTE NATIONALE - M.Choquet, S.Ledoux; Les Editions INSERM; La Documentation Française 1994.

Dossier LA SANTE DES JEUNES - Actualité et dossier en Santé Publique - N°10 - Mars 1995

Principaux indicateurs de mortalité - Inserm - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Paris 1995

Projections démographiques régionales de la France - 1990/2020 - Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration - Paris - Mars 1997

Dossier L'EVALUATION EN SANTE - Actualité et dossier en Santé Publique - N°17 - Décembre 1996

Dossier LES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE - Actualité et dossier en Santé Publique - N°18 - Mars 1997

Dossier GEOGRAPHIE DE LA SANTE - Actualité et dossier en Santé Publique - N°19 - Juin 1997

La Santé en France - Rapport Général du Haut Comité de la Santé Publique - La Documentation Française - Novembre 1994

ECHANGES SANTÉ SOCIAL - Dossier TOXICOMANIE - N°81 - Mars 1996

Actualité et dossier en Santé Publique - Santé mentale: l'individu, les soins, les système - Juin 1996

Actualité et dossier en Santé Publique - L'éducation pour la santé: du discours à la pratique- septembre 1996

PRECARITE SOCIALE: cumul des risques sociaux et médicaux - Enquête sur la santé et les soins médicaux en France 1991/1992 - CREDES - T.Lecomte; A.Mizrahi; A. Mizrahi - Paris - Juillet 1996