



OBSERVATOIRE
FRANÇAIS DES
DROGUES ET DES
TOXICOMANIES

**2005 NATIONAL REPORT (2004 data) TO THE EMCDDA
by the Reitox National Focal Point**

FRANCE

**New Development, Trends and in-depth information on
selected issues**

FRENCH VERSION

REITOX

Contributions au rapport :

Coordination et rédaction : Dominique Lopez, OFDT (dolop@ofdt.fr)

En collaboration avec :

section 1 : J-E. Adès, M. Chalumeau

section 2 : F. Beck, S. Legleye

section 3 : C. Mutatayi

section 4 : P-Y. Bello, C. Palle

section 5 : C. Palle, A. Cadet-Taïrou

section 6 : P-Y. Bello, C. Palle, A. Cadet-Taïrou

section 8 : I. Obradovic

section 9 : I. Obradovic

section 10 : P-Y. Bello, I. Evrard

Éclairages spécifiques :

Différences de genre dans les usages de substances psychoactives : par F. Beck (frbec@ofdt.fr), OFDT, S. Chaker (chaker@univ-tlse2.fr), Université de Toulouse et S. Legleye (stleg@ofdt.fr) OFDT.

Politiques des drogues en Europe : élargissement par delà des drogues illicites ? par I. Obradovic (ivobr@ofdt.fr) et C. Diaz Gomez (crdia@ofdt.fr), OFDT.

Usage de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolution récentes : par Pierre-Yves Bello (pibel@ofdt.fr), OFDT ; Catherine Reynaud-Maurupt (catherine.reynaud@libertysurf.fr), GRVS ; Abdalla Toufik (abtou@ofdt.fr), OFDT ; Michel Gandilhon (migan@ofdt.fr), OFDT ; Isabelle Evrard (isevr@ofdt.fr) et le réseau TREND.

Relecture globale :

Membres de l'OFDT : F. Beck, L. Vaissade, M. Chalumeau, J-E. Adès

Membres du Collège Scientifique de l'OFDT : M-D Barré, A. Leclerc, S. Karsenty

Membres du Conseil d'Administration de l'OFDT : P-J. Parquet

NOTE INTRODUCTIVE :

Depuis l'édition 2004, le contenu du rapport a été modifié.

Dans la partie A du rapport ne sont consignés que les nouveaux développements, intervenus entre l'année 2004 et le début de l'année 2005. Un paragraphe introductif à chaque section (« contexte général ») en résume le contexte général et les principales caractéristiques permettant ainsi de connaître le cadre dans lequel s'inscrivent les nouveaux éléments sur la situation des drogues en France.

La partie B contient, comme dans les rapports nationaux antérieurs, trois articles d'une dizaine de pages chacun permettant un éclairage sur une problématique spécifique liée aux drogues illicites.

Le champ couvert par l'ensemble du rapport ne concerne que les drogues illicites (sauf dans les sections « politique nationale » et « prévention » où l'alcool et le tabac sont pris en considération).

Pour avoir une vision plus précise de certains thèmes, des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés complètent ce rapport. Certains des tableaux épidémiologiques sont disponibles pour la France et l'ensemble des pays européens sur le site de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dans le bulletin statistique (<http://statistics.emcdda.eu.int/>).

Rapport, tableaux épidémiologiques et questionnaires sont indépendants les uns des autres mais se complètent mutuellement (se reporter à l'annexe 15.1, [Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés utilisés dans le texte](#)).

SOMMAIRE

Note introductive :	iii
Sommaire	iv
Résumé	1
PARTIE A : NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES	4
1. <i>Politiques nationale et contexte</i>	4
1.1 Cadre légal	5
1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques	6
1.3 Budget et dépenses publiques	7
1.4 Contexte social et culturel	8
2. <i>Usages de drogues</i>	10
2.1 Usages de drogues en population générale	11
2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée	12
2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques	17
2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers	17
3. <i>Prévention</i>	18
3.1 Prévention universelle	20
3.2 Prévention sélective	22
4. <i>Usage problématique</i>	23
4.1 Prévalence et incidence estimées	24
4.2 Profil des personnes en traitement	24
4.3 Principales caractéristiques et modes de consommation de sources autres que celles des traitements	26
5. <i>Traitements</i>	34
5.1 Dispositif	36
5.2 « Drug free treatment »	36
5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)	36
6. <i>Conséquences sanitaires</i>	39
6.1 Mortalité liée à l'usage de drogues	41
6.2 Maladies infectieuses liée à l'usage de drogues	44
6.3 Co-morbidités psychiatriques	47
6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues	47
7. <i>Réponses aux problèmes sanitaires</i>	51
7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues	52
7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	52
7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques	52
7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire conséquent à l'usage	52
8. <i>Conséquences sociales</i>	53
8.1 Exclusion sociale	54
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues	55
8.3 Usage en prison	60
8.4 Coût social	62
9. <i>Réponses aux problèmes sociaux</i>	63
9.1 Intégration sociale	65
9.2 Prévention des délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues	65
10. <i>Marché et offre</i>	67
10.1 Disponibilité et approvisionnement	68
10.2 Saisies	69
10.3 Prix, pureté	70
PARTIE B : ÉCLAIRAGES SPECIFIQUES	73

<i>11. Différences de genre dans les usages de substances psychoactives</i>	73
Situation	73
Réponses	81
Éléments de discussion.....	88
<i>12. Politique des drogues en Europe : élargissement par-delà les drogues illicites ?</i>	92
Champ d'application de la stratégie nationale.....	92
Origines et arguments de l'élargissement de la stratégie aux drogues licites	95
Responsabilité et compétences (coordination)	99
<i>13. Usages de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolutions récentes</i> 103	
Introduction	103
Le cadre légal en France.....	103
Les évolutions de l'espace festif « techno »	105
Qui sont les usagers de l'espace festif ?	106
Les consommations de produits	107
Les différentes familles de produits	107
Conclusion.....	112
PARTIE C : BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES	114
<i>14. Bibliographie</i>	<i>114</i>
<i>15. Annexes</i>	<i>121</i>
15.1 Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés utilisés dans le texte	121
15.2 Liste des tableaux.....	122
15.3 Liste des graphiques.....	124
15.4 Liste des sigles	124

RESUME

Contexte politique 2004-2005

L'année 2004-2005 a été principalement marquée par la publication du référentiel national des actions de réduction des risques (décret n°2005-347 du 14 avril 2005).

En février 2005 une grande campagne médiatique de sensibilisation auprès des jeunes sur les méfaits du cannabis a été réalisée : « le cannabis est une réalité ». Globalement, on peut dire que depuis de longs mois, l'attention du gouvernement comme des médias s'est focalisée sur le cannabis.

Consommations

L'exercice 2003 de l'enquête ESCAPAD montre pour la première fois en France des signes de ralentissement de la consommation de cannabis chez les jeunes garçons de 17-18 ans (Beck et al., 2004b, et section 2). Sur la période 2000-2003, grâce aux mêmes enquêtes, il a été observé un léger accroissement de certaines expérimentations chez les 17-18 ans : poppers, ecstasy, amphétamines et cocaïne.

Tendances récentes

Parmi les nouvelles tendances de consommations observées en France, on constate le développement des usages de plantes hallucinogènes, et ce, plus particulièrement dans l'espace festif (Bello et al., 2005c, section 4 et l'éclairage spécifique sur les « usagers de drogues dans l'espace festif »).

La fin de l'année 2004 et le début de celle de 2005 ont été marqués par des cas d'intoxication par un mélange de cocaïne et d'atropine. Vingt six cas ont été recensés faisant l'objet d'une alerte sanitaire relayée par la presse nationale (section 6).

Indicateurs sanitaires, sociaux et pénaux

Pour la première fois en 2003, le cannabis (et ses dérivés) est le produit à l'origine du plus grand nombre de prise en charge parmi les nouveaux patients accueillis dans les structures, juste devant les opiacés (Palle et al., 2005, section 4).

Les différents indicateurs disponibles confirment une baisse de la pratique de l'injection parmi les usagers de drogues (section 4).

Enquête « SAM » (section 6) : résultats de l'enquête épidémiologique sur stupéfiants et accidents mortels de la sécurité routière

Menée par l'INRETS (Institut national de la recherche sur les transports de leur sécurité) et coordonnée par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) grâce à un financement de la Direction générale de la santé (DGS), cette enquête est la première à permettre une évaluation précise du risque de la consommation de cannabis sur les comportements au volant.

Les 10 748 procédures exploitables d'accidents immédiatement mortels ont permis de déterminer que les conducteurs sous l'influence de cannabis ont 1,8 fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs n'ayant pas consommé ce produit. Le sur-risque pour les conducteurs sous l'influence de l'alcool, tous taux d'alcoolisation confondus, est comparativement de 8,5.

Par ailleurs, la part des accidents mortels attribuables à une positivité au cannabis est de l'ordre de 2,5 %. Au total en France, sur une base de 6 000 accidents mortels, le nombre imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 180 tués. Proportionnellement, ces victimes sont plus fréquemment des hommes jeunes (18-24 ans) que celles décédées dans un accident dans lequel le conducteur responsable n'a pas consommé de cannabis.

L'enquête détermine également un effet-dose comme pour l'alcool.

En 2004, 69 décès par surdose ont été recensés, il s'agit du niveau le plus bas jamais atteint en France. Dans la continuité des observations faites depuis le début des années 2000, l'héroïne est de moins en moins souvent en cause dans les décès par surdose contrairement aux médicaments et à la cocaïne (section 6).

Les différents indicateurs pénaux (interpellations, condamnations et incarcérations pour infractions à la législation sur les stupéfiants) sont encore en augmentation en 2004 (croissance continue depuis l'année 2002, section 8).

Trente et un pour cent des entrants en prison en 2003 déclarent une consommation excessive d'alcool et 33 % une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois précédent leur incarcération (Mouquet, 2005, section 8). Parallèlement, une enquête a été menée sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive de produits licites ou illicites (Obradovic, 2005). L'étude conclut que même si l'offre de prise en charge est globalement satisfaisante en prison, des avancées restent à faire notamment en termes d'accès aux traitements de substitution et aux substituts nicotiniques.

Résumé des éclairages spécifiques

Différences de genre dans les usages de substances psychoactives (par F. Beck, S. Chacker et S. Legleye) : alors que les pays anglosaxons ont depuis longtemps développé les études centrées sur le genre et l'approche genre d'une manière plus générale, la France connaît un retard important dans ce domaine. Ce n'est qu'à partir des années 1980 que la problématique s'impose progressivement dans les recherches en se focalisant sur les usages différenciés d'alcool. Ces dernières années, les équipes de recherche et acteurs (prévention, réduction des risques) qui ont intégré cette question dans leurs actions concluent sur le manque de moyens accordés à la thématique alors que les données épidémiologiques attestent d'une différence marquée entre les sexes. L'usage de substances psychoactives, licites ou illicites, est davantage un comportement masculin ; seules exceptions à la règle, la consommation de produits psychotropes s'avère majoritairement féminine tandis que le tabagisme est devenu de plus en plus unisexue. Autre exemple, pour ce qui est du recours aux soins, en dehors de la fréquentation des consultations de tabacologie, les hommes sont beaucoup plus présents (70 à 80 % de la population) que les femmes. [Lien direct vers l'article](#)

Politique des drogues en Europe : élargissement par delà les drogues illicites ? (par I. Obradovic et C. Diaz Gomez) : depuis 1999, le champ d'action de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) inclut les produits licites, les substances dopantes et les produits illicites, accordant ainsi une priorité aux comportements d'usage plutôt qu'aux produits et développant la notion d'addiction. Cependant, le principe de l'élargissement de la notion des drogues aux produits licites n'est pas sans poser de problèmes (interventions en matière de prévention de soins ou de répression, statut spécifique de l'alcool et du vin en France, par exemple), c'est notamment pour cette raison que le dernier plan quinquennal, sans revenir sur la légitimité de l'approche globale, a choisi de privilégier une approche par produit. Assurant la mise en œuvre du programme « drogues et toxicomanie » et sa coordination, le plan défini par la MILDT est ensuite relayé au niveau local par différents acteurs et intervenants du champ (chefs de projets, CIRDD...). [Lien direct vers l'article](#)

Usage de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolution récentes (par P.-Y. Bello, C. Reynaud-Maurupt, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Evrard et le réseau TREND) : grâce au dispositif TREND, les consommations de produits psychoactifs qui se déroulent dans l'espace festif techno français sont observées et suivies depuis

quelques années, des enquêtes qualitatives régulières viennent renforcer ce dispositif mis en place depuis 1999. Depuis la fin de l'année 2001, un cadre légal a été instauré pour l'organisation de rassemblements festifs, ce qui a eu des répercussions immédiates sur le type d'évènements organisé, les lieux, les fréquentations et les produits consommés dans leur cadre. Les produits les plus consommés en milieu festif sont d'abord l'alcool et le tabac puis le cannabis ; parmi les produits illicites autres que le cannabis, l'usage de produits stimulants et d'hallucinogènes est en croissance au cours des dernières années. [Lien direct vers l'article](#)

PARTIE A : NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES

1. Politiques nationale et contexte

Politique nationale : contexte général

Cadre légal : La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues. Elle assigne 3 objectifs principaux à l'action publique :

- réprimer sévèrement le trafic ;
- poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage ;
- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

La loi quinquennale de santé publique 2004-2008, adoptée en août 2004, a inscrit la politique de Réduction des risques (RDR) en direction des usagers de drogues dans le code de santé publique. La RDR est ainsi du ressort de l'État.

La liste des produits visés par la loi de 1970 (arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants) évolue et intègre régulièrement de nouvelles substances reconnues comme dangereuses par arrêté du ministre de la santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)¹.

Cadre institutionnel : La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est l'instance qui est chargée de préparer la réflexion du « Comité interministériel permanent de lutte contre la drogue et la toxicomanie » et d'assurer la coordination et la mise en œuvre des décisions qui y sont prises.

Le président actuel de la MILDT, Didier Jayle, a été nommé en octobre 2002. Le plan quinquennal d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) a été adopté en juillet 2004 (OFDT, 2004a ; MILDT, 2004).

Budget et dépenses publiques : Les principales dépenses en termes de lutte contre les drogues sont réalisées sur les crédits du ministère de la Santé et de la protection sociale et ceux de la MILDT. La prise en charge des dépenses des centres de soins spécialisés pour toxicomanes est assurée par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

Contexte social et culturel : La grande majorité de la population adhère aux mesures existantes de la politique de réduction des risques (traitement par produits de substitution, distribution libre de seringues) et reste globalement attachée aux mesures prohibitives à l'égard des stupéfiants (contre l'autorisation sous certaines conditions de l'usage de cannabis ou de l'usage d'héroïne, opposée à la mise en vente libre de cannabis, (Beck et al., 2003)). Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical, la moitié se déclarent favorable à la délivrance d'héroïne et les trois quarts pour la prescription médicale de cannabis à certains grands malades.

En 2002, les individus favorables à la mise en vente libre du cannabis sont plus nombreux qu'en 1999 mais restent minoritaires (24 % se déclarent d'accord avec cette proposition contre 17 % en 1999).

¹ Les annexes I et II de la liste des produits classés comme stupéfiants correspondent aux tableaux I et IV de la Convention Internationale sur les stupéfiants de 1961. L'annexe III comprend les substances des Tableaux I et II et certaines substances des tableaux III et IV de la Convention Internationale sur les psychotropes de 1971. L'annexe IV est constituée de produits psychoactifs non classés au plan international et de certains précurseurs.

1.1 Cadre légal

Modification de la liste des produits classés comme stupéfiants

Au cours de l'année 2004, par l'arrêté du 18 août 2004², des modifications ont été apportées à l'annexe III et IV de la liste des produits classés comme stupéfiants :

- Annexe III : modification de la rubrique concernant l'amphétamine. « Est classé comme produit stupéfiant l'amphétamine à l'exception de la préparation présentée en comprimés et renfermant par comprimé : sulfate d'amphétamine 0,005 g, phénobarbital 0,100 g ».
- Annexe III : ajout de l'amineptine
- Annexe IV : ajout du 2-CI
- Annexe IV : ajout du « peyotl ou peyote, ses principes actifs et leurs composés naturels et synthétiques autres que la mescaline ».

En 2005, un nouvel arrêté³ introduit dans l'annexe IV les différentes substances pouvant entrer dans la composition de l'Ayahuasca : Banisteriopsis caapi, Peganum harmala, Psychotria viridis, Diplopterys cabrerana, Mimosa hostilis, Banisteriopsis rusbyana, harmine, harmaline, tétrahydroharmine (THH), harmol, harmalol.

Évolution de la législation française sur la réglementation relative au chanvre

Par l'arrêté du 24 février 2004 modifiant l'arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R. 5181 du code de la santé publique pour le cannabis (NOR : SANP0420659A, paru au J.O. du 21 mars 2004) la législation française relative au chanvre est maintenant quasi identique à la législation européenne.

Dans ce nouveau texte, « sont autorisées à la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle et commerciale (fibres et graines) des variétés de Cannabis sativa répondant aux critères suivants : la teneur en delta THC de ces variétés n'est pas supérieure à 0,2 % ». La détermination de la teneur en THC doit être effectuée selon la méthode de chromatographie en phase gazeuse avec colonne capillaire.

À la liste des 18 variétés autorisées à la culture (contre 26 dans les textes européens) est ajoutée la variété Santhica 27.

Référentiel des actions de réduction des risques

Le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 (NOR : SANP0521129D) établit un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues, et complète ainsi le code de santé publique. Il crée les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) et mentionne que ces derniers « avec les autres dispositifs, contribuent à la politique de réduction des risques ».

Le référentiel inscrit dans la législation française les objectifs des activités de réduction des risques, les modalités d'intervention ainsi que les différentes activités pouvant être menées par les structures (distribution de matériel, information sur les risques...). Il précise également les matériels de prévention utilisables et les principes de l'information sur les risques liés aux drogues en respectant le principe « de non présentation des produits sous un jour favorable ». Il rappelle l'importance des alertes sanitaires et liste les lieux d'intervention possibles pour la prévention. Ce même référentiel interdit les pratiques de testing (voir section 3.1).

² Arrêté du 18/08/2004 (NOR : SANP0422893A) modifiant l'arrêté du 22/02/1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants - J.O. du 15/09/2004.

³ Arrêté du 20/04/2005 (NOR : SANP0521544A) modifiant l'arrêté du 22/02/1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et entrant dans la composition de l' "Ayahuasca" - J.O. du 03/05/2005.

1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques

Circulaire en vue de l'amélioration de la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants

Faisant suite aux orientations affirmées dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), la circulaire du ministère de la Justice du 8 avril 2005⁴ a été adressée aux procureurs afin d'améliorer et d'harmoniser la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants.

Il s'agit du texte le plus important depuis la circulaire du ministère de la Justice du 17 juin 1999 qui rénovait déjà les procédures d'injonction thérapeutique et tentait de remédier à la disparité des pratiques des tribunaux.

La circulaire préconise une réponse « systématique » face aux usagers de drogues mais demande que les poursuites devant le tribunal correctionnel et les incarcérations demeurent « exceptionnelles ».

La circulaire prévoit des réponses judiciaires graduées (rappel à la loi, orientation sanitaire, obligation de soins, injonction thérapeutique) en fonction des comportements d'usage des personnes arrêtées (« dépassement de la simple expérimentation », « usagers de drogues dures » ou « polytoxicomanie »), de la quantité de produit trouvé sur la personne lors de la constatation de l'infraction (sans qu'un seuil soit fixé) ou des antécédents judiciaires. Les poursuites pénales devant le tribunal correctionnel doivent rester exceptionnelles et réservées aux « récidivistes » ou « aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives ». Elles privilégieront les « voies de poursuite rapides ».

Le texte demande « une répression accrue des infractions tendant à inciter à l'usage de stupéfiants ». Ainsi, certains comportements ou activités sont plus spécifiquement ciblés et doivent faire l'objet d'une réponse judiciaire :

- « les boutiques de chanvre dans lesquelles sont mises en vente des graines de cannabis pour une production à domicile » ;
- « la mise en vente de vêtements ou bijoux arborant une feuille de cannabis » ;
- « la diffusion d'ouvrages ou articles de revue vantant les mérites de produits stupéfiants » ;
- « la vente de matériel ou d'accessoires accompagnés d'instructions de dosages de stupéfiants ».

La circulaire recommande également à la vigilance à l'égard des infractions liées à l'organisation de rave-parties et au détournement de la Buprénorphine haut dosage (Subutex®).

Enfin, il est prévu des seuils (variables suivant les spécificités locales) en deçà desquels les services des douanes peuvent opérer des procédures de transactions : 20 à 50 grammes de résine de cannabis, 30 à 100 grammes d'herbe de cannabis, 1 à 5 grammes d'héroïne, 1 à 5 grammes de cocaïne, 1 à 5 doses de drogues de synthèse.

Rapport Warsmann pour améliorer la lutte contre la drogue

Fin juin 2004, le ministre de l'Intérieur (à l'époque M. de Villepin, aujourd'hui Premier ministre) fixait la lutte contre le trafic de drogues comme un des six chantiers prioritaires de la lutte contre l'insécurité (OFDT, 2004a, p.13). Pour organiser la mise en oeuvre de ce chantier, le rapport du député J-L. Warsmann, remis le 15 octobre 2004, propose 44 mesures pour améliorer la lutte contre la drogue (Warsmann, 2004). S'articulant autour de propositions concrètes, les quatre pistes de travail retenues sont les suivantes :

- la protection des frontières ;
- le démantèlement plus efficace des organisations responsables du trafic ;

⁴ CRIM 051G4-08042005 ; NOR JUS D 05-30061 C

- la confiscation des produits financiers du trafic et la modernisation du dispositif français de lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue ;
- la création de nouveaux indicateurs d'activité pour mieux mesurer l'efficacité des services ;

Le Ministre de l'Intérieur qui s'est félicité de ce rapport a annoncé « sa volonté d'utiliser ce document pour faire faire un véritable saut qualitatif à l'ensemble du dispositif français ». Ainsi, s'appuyant sur le rapport de J-L. Warsmann, le ministère de l'Intérieur affiche clairement fin 2004 son programme d'action de lutte contre la drogue. Ce programme s'articule autour de 3 grands axes :

- intensifier la lutte contre les trafics intermédiaires : passant principalement par une meilleure collaboration et organisation entre les services chargés de la lutte contre les trafics ;
- améliorer la lutte contre les réseaux de grande envergure : en s'appuyant sur une meilleure connaissance des réseaux, une amplification de la coopération internationale ;
- priver ceux qui s'enrichissent aux dépens des usagers des profits de leur trafic : accentuer l'utilisation de la procédure pour « proxénétisme de la drogue », renforcer la lutte contre le blanchiment et l'efficacité des procédures permettant la confiscation des profits.

1.3 Budget et dépenses publiques

La Loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF) réforme en profondeur la gestion de l'État. Cette loi est entrée en vigueur par étape et sera applicable à l'ensemble de l'administration française au 1er janvier 2006.

Le budget général de l'État est désormais découpé en 34 missions, 133 programmes et près de 580 actions alors qu'antérieurement il était défini par ministère.

Il existe maintenant un programme « drogues et toxicomanies » (dans le cadre de la mission santé) sous la responsabilité du président de la MILDT. Pour la mise en œuvre globale de ce programme et des actions, la MILDT s'appuiera sur trois opérateurs : le groupement d'intérêt public (GIP) DATIS, le GIP OFDT et le GIP CIFAD (Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues). Elle est également dotée d'un budget de 38 millions d'euros réparti en trois sections :

- coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif (67 %⁵) ;
- expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, prise en charge et d'application de la loi (32 %⁵) ;
- coopération internationale (1 %⁵).

Ainsi, le chapitre 47-11 relatif aux « programmes de santé publique, dispositifs de prévention et de promotion de la santé » de la loi de finances 2003 a été supprimé dans la loi de finances 2004, les différents articles ont ainsi été transférés au chapitre 39-01 « programmes santé publique et prévention » dans le cadre de l'expérimentation de la nouvelle loi organique.

Les actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie (budget de la MILDT) continuent d'être financés par l'intermédiaire du chapitre 47-16.

⁵ Données indicatives du projet de loi de finances 2005.

Tableau 1 : Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2002-2004

Crédits spécifiques votés en loi de finance initiale	2002	2003	2004
Chapitre 47-16 : actions interministérielles de lutte contre la toxicomanies	45,58	40,05	38,04
Budget exécuté			
47-16 article 10 (crédits transférés aux ministères)	5,69	6,39	3,90
47-16 article 20 (crédits d'intervention déconcentrés)	14,15	15,11	10,35
47-16 article 30 (crédits déconcentrés prog. de prévention, CDO, CIRDD)	21,47	16,01	19,50
Total ⁽¹⁾	41,31	37,51	33,75

(1) la différence entre les crédits alloués et le budget exécuté est principalement due à des gels budgétaires intervenus en cours d'année

Sources : MILDT ; Comptes spéciaux du Trésor (les « verts »), ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie.

1.4 Contexte social et culturel

L'attention des médias français s'est, au cours de l'année 2004-2005, fortement concentrée sur le cannabis.

Le lancement en février 2005 d'une vaste campagne de communication « Le cannabis est une réalité »⁶ à l'initiative du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), doublée de la mise en place de consultations d'évaluation et d'accompagnement de ces consommateurs a suscité de nombreux articles et dossiers dans la presse.

Un des principaux quotidiens français le Figaro y consacre sa une du 2 février en titrant « Cannabis l'état d'alerte » tandis que le Monde, journal de référence traite de la thématique « Cannabis et pédagogie » dans son éditorial de l'édition du 3 février. Au cours des semaines suivantes d'autres articles prennent le relais dans les hebdomadaires généralistes (notamment une couverture du Nouvel Observateur, le 17 février « Les ados et le cannabis » : une « enquête sur les dangers d'une drogue pas si douce... » suivie d'un dossier de 8 pages), les journaux féminins et les journaux santé.

D'une façon plus générale, l'intérêt pour les consommations de produits psychoactifs des adolescents est soutenu. En témoignent notamment les reprises des résultats nationaux de l'enquête ESCAPAD 2003 rendus publics en octobre 2004, puis les articles relatifs à l'exploitation locale de l'enquête permettant de différencier les profils des différentes régions françaises en juillet 2005.

On note également tout au long de cette période un suivi des sujets liés à la sécurité routière et les consommations de substances psychoactives, notamment du cannabis. La question du dépistage et de la mise en place des tests salivaires, est ainsi régulièrement abordée : au mois d'octobre 2004 par l'Agence France Presse, le Figaro et Libération, puis à la fin du mois de janvier dans le Figaro et le Parisien.

Parmi les autres sujets ayant retenu l'attention de la presse tout au long de cette année 2004-2005 figure la question des consommations de crack et des usagers de la région parisienne. En septembre 2004 plusieurs articles (AFP, ainsi que dans le Parisien, l'Humanité, Libération, Le Monde et la Croix) commentent l'expulsion de quelque 126

⁶ 6 films de 25 secondes programmés du 8 au 27 février 2005, les 8 spots radio de 35 secondes diffusés sur les radios jeunes du 8 février au 6 mars, les messages en presse quotidienne nationale, la mise en place d'une ligne téléphonique spécifique « Ecoute cannabis », ainsi que la distribution aux jeunes et aux parents de brochures d'information.

squatteurs consommateurs de crack dans le département de Seine Saint Denis, avant une nouvelle expulsion d'un autre squat au mois de novembre dans le nord de Paris. À chaque fois les journalistes insistent sur l'errance de ces usagers et leur désarroi. En juin 2005, alors qu'à Paris la mairie du 18ème arrondissement organise des états généraux du crack, les ravages liés à la consommation de ce produit dans le Nord Est de la capitale et en Seine Saint Denis sont à nouveau évoqués dans le Parisien et Libération qui titre « Quand Paris craque face au crack » le 18 juin.

Enfin, on signalera à partir de décembre 2004 et surtout en janvier 2005 une série d'articles et de dépêches (AFP et Reuters) consacrés à des cas d'intoxications après une consommation sniffée ou injectée d'un mélange de cocaïne contenant de l'atropine. « Alerte au cocktail mortel de cocaïne » titre le Parisien le 13 janvier 2005 et France Soir de son côté indique « Alerte à la cocaïne-atropine » le même jour. Ces journaux comme leurs confrères insistent sur une des appellations du mélange la « cristalline ».

2. Usages de drogues

Usage de drogues : contexte général

Quatre niveaux sont généralement retenus pour qualifier l'ampleur des consommations ; ces niveaux ont été établis à partir des indicateurs utilisés au niveau international :

- l'expérimentation : fait d'avoir utilisé au moins une fois le produit au cours de la vie ;
- l'usage occasionnel : consommation au moins une fois dans l'année ;
- l'usage régulier : consommation au moins 10 fois dans les 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien : consommation tous les jours.

Dans certains cas, l'usage récent (consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours) est également utilisé.

Usage en population générale : pour renseigner cet usage, la France dispose de plusieurs enquêtes :

- pour la population adulte : le Baromètre Santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé –INPES-, enquête quadriennale) ; Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP réalisée tous les 3 ans par l'OFDT) [Tableau épidémiologique n°1].
- pour la population scolarisée : European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) réalisée tous les 4 ans (INSERM-OFDT) [Tableau épidémiologique n°2].
- pour les jeunes : Enquête annuelle sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) réalisée par l'OFDT auprès de jeunes âgés de 17 à 19 ans. Cette enquête permet notamment d'interroger les jeunes qui ont quitté prématurément le système scolaire [Tableau épidémiologique n°30].

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des 10 dernières années. En 2002, 2 adultes sur 5 ont déjà expérimenté le cannabis et moins d'1 sur 10 en font un usage occasionnel ou régulier (Beck et al., 2003). La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux, même si certaines nuances peuvent être relevées. Le cannabis est un peu plus consommé par les élèves et les étudiants (Beck et al., 2005a) et les célibataires (Beck et al., 2002), les chômeurs et, parmi les actifs occupés, par les professions intermédiaires, et nettement moins par les ouvriers (Legleye et Beck, 2004) ; toutefois, les différences entre catégories socioprofessionnelles sont dans l'ensemble assez peu marquées.

Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales : on dénombre par exemple 10,9 millions d'expérimentateurs de cannabis, 1 million de cocaïne, 500 000 d'ecstasy ou encore 400 000 d'héroïne (Beck et al., 2004a). Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne (3,3 % vs 1,6 %), des hallucinogènes (3,0 % vs 2,4 %), de l'ecstasy ou des amphétamines (2,5 % vs 1,2 %) entre 1995 et 2002 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits. Les niveaux d'expérimentation de l'héroïne sont quant à eux stables depuis une dizaine d'années (Beck et Legleye, 2003b).

Quel que soit le produit considéré, les hommes habitant des grandes unités urbaines sont davantage expérimentateurs (Beck et al., 2002). Les expérimentateurs de drogues illicites sont fréquemment au chômage ou vivent avec des ressources matérielles faibles, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis, mieux intégrés socialement.

A 17 ans, après le tabac, l'alcool, le cannabis (54,6 % chez les garçons et 45,7 % chez les filles) et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont les produits à inhaler (5,2 %), les champignons hallucinogènes (4,2 %), les poppers (4,0 %), l'ecstasy (3,9 %) et, dans une moindre mesure, les amphétamines (2,0 %), la cocaïne (1,6 %) et le LSD (1,3 %) (d'après ESCAPAD 2002, (Beck et Legleye, 2003a)).

Usage au sein de groupes spécifiques : les dernières investigations menées auprès de personnes se prostituant (hommes et transgenres, femmes) montrent que l'usage récent de drogues illicites, hors cannabis, concerne une minorité (Cagliero et Lagrange, 2004; Da Silva, 2003). Il apparaît cependant plus fréquent chez les hommes et les transgenres (usage récent de poppers 13 %, 11 % pour l'ecstasy, 7 % pour la cocaïne, 2 % pour l'héroïne) que chez les femmes (usage récent d'héroïne 5 %).

Au sein de la population sans-abri, les données sont parcellaires, on sait cependant que tous les produits sont disponibles et consommés. Les usagers qui vivent dans la rue « ont des pratiques d'intoxication sensiblement différentes des toxicomanes moins désinsérés : faute d'argent, ou de plans, on consomme ce qu'on trouve au jour le jour [...] » (Solal et Schneider, 1996). Les estimations de prévalences de consommations de drogues illicites au cours des derniers mois varient de 10 % à 21 % voire 30 % en fonction de l'âge, du niveau de revenu, de la cause de l'errance et des structures d'aides fréquentées (Observatoire du Samu social de Paris, 1999; Kovess et Mangin Lazarus, 1997; Amosse et al., 2001). Les drogues les plus consommées, en dehors de l'alcool et du tabac, sont le cannabis et la cocaïne.

Bien que la connaissance épidémiologique des toxicomanies en milieu professionnel soit freinée par des obstacles d'ordres divers (éthique, technique, financier, temporel, réglementaire, culturel, pratique), quelques éléments d'appréciation sont disponibles. En 1995, une étude portant sur les urines anonymisées de 1 976 salariés du Nord Pas de Calais détermine que 17,5 % des salariés consommaient au moins une substance psychoactive et aux postes de sécurité/sûreté cela serait 40 % des salariés (Fontaine, 2002b). Pour la plupart des usagers intégrés en milieu professionnel, la consommation est cachée à l'entourage professionnel ; les temps de travail et les temps de consommation sont le plus possible dissociés (Fontaine, 2002a).

Attitudes face à la drogue et aux usagers de drogues : l'outil utilisé pour évaluer les attitudes des Français face aux drogues et aux usagers de drogues est l'enquête EROPP. Cette enquête permet de mesurer le niveau d'information ressenti sur les drogues, les substances connues comme étant des drogues, et la dangerosité estimée des produits. L'enquête étudie également, au sein de l'opinion publique, les représentations à l'égard des toxicomanes.

En 2002, 61 % des Français déclarent se sentir bien informés sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999. En réponse à la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », les Français citent en moyenne 3,8 produits. Le produit le plus souvent cité est le cannabis, (82 %), suivi de la cocaïne (60 %), de l'héroïne (48 %) puis de l'ecstasy (37 %) (Beck et al., 2003).

Le produit jugé le plus dangereux par les Français est l'héroïne, suivi loin derrière par l'ecstasy et la cocaïne, l'alcool et le tabac et enfin le cannabis (seules 2 % des personnes interrogées jugent que le cannabis est le produit le plus dangereux). Ce classement varie peu selon l'âge, le sexe ou la catégorie socioprofessionnelle. La dangerosité perçue du cannabis varie avec l'âge et le sexe et plus particulièrement en fonction de la proximité établie avec le produit (Beck et al., 2003).

2.1 Usages de drogues en population générale

Nouvelle estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France

Grâce au nouvel exercice d'ESCAPAD en 2003 (voir paragraphe suivant), l'estimation du nombre d'individus concernés en France par les différents usages de substances psychoactives a pu être mise à jour. Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être considérés comme des données de cadrage (Beck et al., 2004b).

Tableau 2 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans, 2003

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne
Expérimentateurs ⁽¹⁾	44,4 M	36,6 M	//	10,9 M	1,0 M	500 000	400 000
Occasionnels ⁽²⁾	41,8 M	16,0 M	8,9 M	4,2 M	200 000	200 000	//
Réguliers ⁽³⁾	13,1 M	13,0 M	3,8 M	850 000	//	//	//
Quotidiens ⁽⁴⁾	7,8 M	13,0 M	2,4 M	450 000	//	//	//

M : millions. // : non disponible.

(1) personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie ; (2) personnes ayant consommé dans l'année (sauf tabac : fumeurs actuels) ; (3) au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois ; (4) usage quotidien (sauf médicaments : usage quotidien ou presque dans le mois).

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2001 est d'environ 46 millions.

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MJENR ; EROPP 2002, OFDT ; Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée

Jeunes de 17 à 18 ans

Évolutions 2000-2003

L'enquête ESCAPAD réalisée en 2003 porte sur un échantillon de 21 151 jeunes de 17-18 ans (répartis en métropole, Départements d'Outre-Mer, et Territoires d'Outre-Mer du Pacifique). L'échantillon exploité se compose de 7 473 garçons et 7 575 filles soit au total 15 048 jeunes âgés de 17 et 18 ans. Au moment de l'enquête, les adolescents se déclarent encore très majoritairement étudiants (87 % à 17 ans, 84 % à 18 ans), les filles plus souvent que les garçons ; ils vivent majoritairement chez leurs parents (88 %).

Les résultats de l'enquête 2003 font apparaître, pour les drogues illicites, les tendances suivantes (Beck et al., 2004b; Beck et al., 2004a) :

- l'usage au cours de la vie et l'usage récent de cannabis ont augmenté parmi les filles comme parmi les garçons sur l'ensemble de la période 2000-2003. Mais des signes de ralentissement ont été observés entre 2002 et 2003 chez les garçons (amorce de la baisse de l'expérimentation). Ce tassement intervient alors que la France se situe depuis la fin des années 1990 en tête des pays européens pour l'expérimentation de cannabis ;
- un léger accroissement de certaines expérimentations entre 2000 et 2003 : poppers, ecstasy, amphétamines et cocaïne ;
- les niveaux d'expérimentation de produits à inhaler, de champignons hallucinogènes, de LSD, d'héroïne et de crack n'ont, quant à eux, pas évolué par rapport à 2000.

En 2003, les usages récents de substances illicites autres que le cannabis chez les 17-18 ans restent extrêmement rares. Seul l'ecstasy dépasse les 1 %.

Cet exercice d'ESCAPAD permet de faire le point sur les niveaux d'expérimentation de la kétamine, du Subutex® et du GHB, produits qui n'étaient pas questionnés les années précédentes. Il s'avère que parmi les jeunes de 17-18 ans, les niveaux d'usage au cours de la vie pour ces substances restent très faibles, respectivement 0,3 %, 0,6 % et 0,3 %.

Tableau 3 : Évolutions du niveau d'usage au cours de la vie de substances psychoactives par sexe, à 17 ans (% en ligne), 2000-2003

	Filles 2000	Filles 2003	Garçons 2000	Garçons 2003	Total 2000	Total 2003
Alcool	-	94,2	-	95,0	-	94,6
Tabac	79,4	79,0	76,0	75,0	77,7	77,0
Ivresse	49,5	47,6	63,3	62,2	56,4	55,0
Cannabis	40,1	47,2***	50,1	53,3**	45,5	50,3***
Médicaments psychotropes	29,0	35,5***	10,6	14,3***	19,8	24,7***
Produits à inhaler	3,3	4,0	4,9	4,7	4,1	4,4
Champignons hallucinogènes	1,6	2,0	4,5	4,9	3,1	3,5
Poppers	1,3	2,4***	3,4	4,1	2,4	3,3***
Ecstasy	1,4	2,4**	2,8	4,1***	2,1	3,2***
Amphétamines	0,6	1,1*	1,4	2,4***	1,0	1,8***
Cocaïne	0,6	1,1*	1,3	2,0	1,0	1,6***
LSD	0,8	0,6	1,6*	1,1	1,2	0,9
Héroïne	0,4	0,7	0,9	1,0	0,7	0,8
Crack	0,2	0,5	0,9	0,6	0,6	0,6
Subutex®	-	0,4	-	0,9	-	0,6
Kétamine	-	0,2	-	0,5	-	0,3
GHB	-	0,3	-	0,3	-	-

Lecture : *, **, *** : évolutions 2000-2003 significatives au seuil de 0,05, 0,01, 0,001 ; les pourcentages sans astérisque décrivent des évolutions non significatives au seuil de 0,05. Les pourcentages en gras indiquent les prévalences significativement plus élevées.

Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Consommations suivant la situation scolaire et professionnelle

À partir de l'enquête ESCAPAD, il est possible de mettre en évidence et de quantifier les différences de niveaux d'usage des principaux produits psychoactifs en fonction de la situation scolaire ou professionnelle des jeunes de 17-18 ans (Beck et al., 2004b).

La majorité des élèves interrogés lors de l'enquête sont élèves ou étudiants (84,8 %), certains suivent une formation alternée (11,6 %) et d'autres sont plus rarement déscolarisés (3,6 %). Pour les élèves scolarisés, il est possible de connaître leurs éventuels redoublements, le type de filière dans lesquels ils sont inscrits.

Une analyse descriptive des différences d'usage de cannabis en fonction de la situation scolaire révèle que les jeunes inscrits en filière générale présentent généralement les niveaux d'usages les plus faibles comparés à ceux inscrits dans les filières professionnelles (Tableau 4). Les jeunes sortis du système scolaire, actifs occupés ou chômeurs, ont des niveaux d'usages de cannabis les plus élevés comparativement aux deux autres catégories.

Le redoublement dans la filière d'enseignement générale s'avère fortement lié aux usages de tabac, d'alcool et de cannabis. Pour l'usage régulier de cannabis, le lien est net : il est de 7,3 % parmi les élèves qui n'ont pas redoublé, de 14 % pour ceux qui ont redoublé une fois, et de 13,4 % pour ceux qui ont redoublé deux fois et plus ($p < 0,001$). En revanche ce lien ne se retrouve pas pour les élèves de la filière professionnelle.

Tableau 4 : Usages réguliers de cannabis chez les jeunes de 17-18 ans selon l'âge et le statut scolaire (% en colonne), 2003

	17 ans	18 ans	17-18 ans
Scolaires classiques			
Professionnel	13,3	16,1	14,7
Général	8,5	12,0	10,2
Ensemble	9,9***	13,3***	11,6***
Apprentissage/alterné (CAP, BEP)	15,2	21,8	18,7
Non scolaires (chômage, travail)	16,3	27,5	24,1

*, **, *** : test du Chi deux pour la différence entre les statuts scolaires respectivement significatif au seuil de 0,05, 0,01 et 0,001.

Lecture : l'usage régulier de cannabis concerne 9,9 % de l'ensemble des jeunes scolarisés, cet écart étant significatif au seuil de 0,001 entre les deux filières (professionnel et général)

Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Contextes d'usages du cannabis

Il existe une grande variété d'usages et de consommations du cannabis, allant de la simple expérimentation non renouvelée à des usages quotidiens et importants mais la majorité semblent inscrits dans des pratiques contrôlées. Les données récoltées pendant l'enquête permettent de dire que le week-end est le moment privilégié de consommation et que c'est durant cette période que les usages sont les plus intenses : parmi ceux qui ont consommé au cours du dernier mois, plus de 9 consommateurs sur 10 déclarent en général fumer le week-end contre 7 sur 10 en semaine. L'enquête met aussi en avant le lien entre fréquence et intensité de l'usage : près de trois quart des usagers quotidiens disent fumer en général au moins 5 joints par jour le week-end, contre 3 usagers réguliers sur 10 lorsqu'ils consomment. Lors de leur dernière consommation (la veille de l'enquête), près d'un usager quotidien sur cinq dit avoir fumé au plus un joint, un tiers, deux ou trois joints, et plus d'un tiers, cinq joints au moins. L'enquête ne permet toutefois pas de préciser si ces joints sont consommés seuls ou partagés.

Selon le module du CAST conçu à l'OFDT (référence au rapport ESCAPAD 2002) et introduit dans l'enquête (OFDT, 2004a, p. 33 pour voir le test en détail), 14 % des jeunes de 17-18 ans présenteraient des signes d'un risque élevé d'usage problématique (9 % des filles et 18 % des garçons) tandis que 6 % seraient engagés dans une consommation régulière présentant un risque plus modéré de dériver vers un usage problématique. Les jeunes concernés par ces signes d'usage problématique se distinguent des autres par une scolarité un peu plus difficile et des consommations de soins plus importantes dans le domaine de la santé psychologique. En revanche, il n'existe que très peu de différences en matière d'origine sociale : dans l'enquête, les jeunes des familles les moins favorisées ne sont pas plus touchés que ceux des familles les plus aisées. Au contraire, parmi les jeunes repérés comme ayant un risque élevé d'usage problématique, la proportion de ceux provenant de familles modestes (dont les parents sont ouvriers, employés ou sans activité professionnelle) est un peu plus faible que la moyenne, surtout chez les garçons.

Influence de la précocité de l'usage de cannabis

Cette analyse secondaire n'a pas pour objectif d'expliquer les usages actuels en fonction du passé de consommation ni même des événements de l'histoire personnelle mais plutôt de dresser un tableau des facteurs associés aux usages et de re-situer la place de la précocité au sein de ces facteurs. Avoir commencé tôt à consommer du cannabis est le comportement le plus fréquemment associé à l'usage actuel, qu'il s'agisse de sa fréquence, de son intensité ou de son caractère problématique. Le second facteur qui intervient est la consommation de cannabis des pairs : toutes choses égales par ailleurs, déclarer que la plupart des ses amis sont consommateurs s'avère très lié à l'usage régulier. En revanche, la situation familiale (séparation des parents, vivre dans un foyer non parental) semble avoir peu de poids.

Achats de cannabis

De nouvelles questions introduites dans le questionnaire de l'enquête permettent pour la première fois de faire une estimation des sommes dépensées par les jeunes de 17-18 ans pour leurs achats de cannabis au cours des semaines précédant l'enquête, montants qui peuvent être mis en regard des ressources déclarées (argent de poche, salaire, autres revenus). Les garçons, plus souvent consommateurs que les filles, déclarent également des dépenses plus élevées, et ce, même à des fréquences d'usage comparables.

Les sommes mensuelles dépensées pour le cannabis varient de 27 euros pour les usagers au cours du mois à 54 euros pour les usagers réguliers et atteignent plus de 80 euros pour les consommateurs quotidiens. Dans ce dernier cas, le « budget » cannabis représente en moyenne 33 % de leurs ressources (à savoir l'argent de poche, le salaire et les autres revenus).

Selon les hypothèses retenues, les sommes dépensées mensuellement par l'ensemble des jeunes français de 17-18 ans en 2003 pour les achats de cannabis se situeraient entre 12 et 21 millions d'euros (M€). En ajoutant les sommes dépensées pour l'alcool et le tabac et en considérant la moyenne des estimations basse et haute, les Français de 17-18 ans dépenseraient près de 94 M€ par mois pour assurer leur consommation de ces trois produits.

Exploitations régionales de l'enquête ESCAPAD

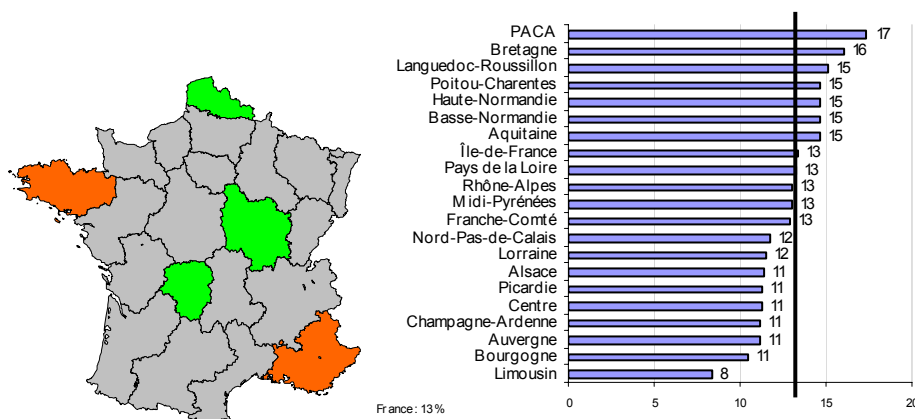
Atlas régional

Une analyse régionale systématique des données recueillies dans le cadre de l'enquête ESCAPAD 2002-2003, a été réalisée sur les consommations des jeunes. Cette exploitation permet de faire une cartographie des usages métropolitains (hormis la Corse) mais aussi des Départements et des Collectivités d'outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Nouvelle Calédonie française, Polynésie française).

L'échantillon exploité atteint 27 354 adolescents de 17 ans pour la France métropolitaine (14 515 en 2002 et 12 839 en 2003) et 3 955 pour les DOM et COM.

Les usages de cannabis se révèlent être assez homogènes sur l'ensemble du territoire métropolitain. C'est en Bretagne et sur le pourtour méditerranéen que l'usage régulier est le plus répandu. À l'inverse il est plus rare dans le Nord-Pas-de-Calais, en Bourgogne et dans le Limousin.

Figure 1 : Usage régulier de cannabis à 17 ans



Légende : La couleur indique que la différence avec le reste de la France métropolitaine est significative au seuil 0,05 ; le type et l'intensité de la couleur indiquent l'ampleur de l'écart avec la convention suivante :

≤ -10 %] -10 % ; -5 %]] -5 % ; 0 %]	non significatif] 0 % ; 5 %]] 5 % ; 10 %]	≥ 10 %
---------	-----------------	---------------	------------------	--------------	---------------	--------

Source : ESCAPAD 2002/2003, OFDT, exploitation régionale.

Concernant les autres produits illicites, les chiffres d'expérimentations sont globalement assez homogènes sur le territoire sauf dans le cas de l'ecstasy (plus souvent expérimenté dans le Nord-Pas-de-Calais, la Franche-Comté, le Languedoc-Roussillon), de la cocaïne (dont l'expérimentation est plus fréquente dans le pourtour méditerranéen) et dans une moindre mesure du LSD (dont l'expérimentation est plus répandue dans le Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et la Bretagne).

Dans les DOM, les usages de cannabis sont plus rares qu'en métropole, comme pour l'expérimentation d'autres substances illicites. Dans les COM, les usages de cannabis sont similaires aux DOM ; par contre, les expérimentations de produits à inhaler, de LSD, de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy ou d'héroïne sont proches de ceux mesurés en métropole (Beck et al., 2005b; Beck et al., 2005c).

Les consommations de drogues des jeunes Franciliens

L'exploitation de l'enquête ESCAPAD pour l'Ile-de-France⁷ porte sur les données collectées en 2002-2003 : 2 484 jeunes de 17 ans (1240 garçons et 1244 filles ; 90 % sont élèves ou étudiants).

En règle générale, les prévalences observées en Ile-de-France auprès des adolescents se situent à des niveaux moins élevés que celles mesurées dans le reste de la France (usages réguliers de tabac et d'alcool, expérimentation de l'ivresse, ivresses régulières). Pour l'usage de cannabis, les taux en Ile-de-France sont proches de ceux du reste de la France. Les seuls produits pour lesquels l'expérimentation apparaît plus fréquente en Ile-de-France sont les médicaments psychotropes (uniquement pour les garçons), les poppers et le crack (pour les garçons seulement). Pour tous les autres produits, les prévalences d'expérimentation sont inférieures ou similaires à celles obtenues dans l'ensemble des autres régions françaises (Beck et al., 2004c ; Beck et al., 2005d).

Tableau 5 : Comparaison des expérimentations de substances psychoactives à 17 ans en Ile-de-France et dans les autres régions françaises, par sexe (%), 2002-2003

	Garçons		Filles	
	Ile-de-France	Autres régions	Ile-de-France	Autres régions
Alcool	90,0***	94,8	89,8***	93,8
Tabac	73,4***	76,6	76,5***	79,7
Cannabis	58,6	57,1	46,7*	48,9
Ivresse	51,1***	64,2	38,6***	49,3
Popper	17,0***	14,1	36,9	35,1
Médicaments	6,9***	5,2	4,3*	3,5
Champignons hallucinogènes	4,5***	6,1	2,9	2,4
Ecstasy	4,5	5,3	2,7	3,1
Produits à inhaler	4,6**	6,3	2,5***	4,5
Amphétamines	1,9**	2,9	1,0*	1,6
LSD	1,8	1,8	0,8	0,9
Crack	1,4*	0,9	0,4	0,5
Cocaïne	2,1	2,5	1,1	1,4
Héroïne	1,1	1,2	0,2	0,7

Lecture : *, **, *** signalent les différences significatives respectivement aux seuils 0,05, 0,01, 0,001 entre l'Ile-de-France et le reste des régions françaises. En gras figurent les prévalences significativement plus élevées

Source : ESCAPAD 2002/2003, OFDT, exploitation Ile-de-France.

⁷ La région Ile-de-France se compose de la ville de Paris (capitale) et des sept départements limitrophes. Elle est la plus peuplée de France et compte presque 11 millions d'habitants soit 18 % de la population française. La région est jeune et active : 32 % des habitants ont moins de 25 ans et seulement 17 % ont 60 ans et plus.

2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques

Conduites addictives chez les engagés volontaires

Un étude transversale a été menée entre 1999 et 2002 chez les engagés volontaires de l'armée française stationnés hors métropole en vue d'estimer la prévalence des conduites addictives dans cette population et de mesurer l'influence du stationnement en outre-mer sur les usages. Un peu plus de 1 000 individus ont été enquêtés et des prélèvements urinaires ont été réalisés systématiquement.

Le cannabis est la drogue la plus fréquemment expérimentée (44 % des sujets), viennent ensuite l'ecstasy (6,4 %), la cocaïne (4,5 %), les autres drogues ou les médicaments (2,3 %) puis les opiacés (héroïne et morphine, 1,1%). L'analyse d'urine a mis en évidence la présence de cannabis (9,1 % des prélèvements), d'amphétamines (1,1 % des prélèvements) et de cocaïne (0,4 % des prélèvements) chez les engagés volontaires.

Par rapport à la population générale⁸, les usages de cannabis et d'héroïne sont comparables, par contre, les expérimentations de cocaïne (4,5 % vs 2,2-2,5 %) et d'ecstasy (6,4 % vs 0,9-2,8 %) sont plus fréquentes parmi les engagés volontaires de l'armée. Il semble que le séjour outre-mer soit associé à une augmentation des consommations (+1,3 % pour les drogues illicites) mais de multiples facteurs peuvent être à l'origine de ces augmentations (Mancini et al., 2004).

Consommations de produits en milieu festifs gay et lesbien

À l'automne 2003, sur 14 000 questionnaires diffusés dans 43 lieux festifs à Paris (dont 4 réservés aux femmes) 3 500 ont pu être récupérés dont environ 2 800 exploités permettant ainsi de connaître les consommations de produits des personnes gays et lesbiennes fréquentant ces lieux.

La majorité des personnes ayant répondu sont des hommes (80 %), parmi eux 85 % se déclarent gays, 8 % bisexuels, et 4 % hétérosexuels. Les femmes sont 20 % à être hétérosexuelles, 11 % bisexuelles et 62 % se déclarent lesbiennes. Quarante-huit pour cent des personnes interrogées ont entre 18 et 39 ans ; 61 % sont célibataires ; 65 % habitent Paris intra-muros.

Les gays et lesbiennes, lorsqu'ils font la fête, ne boivent pas plus d'alcool que la moyenne des Français, ils fument moins de cannabis (19 %), mais sniffent plus de poppers (10 % de manière régulière, 30 % consommations occasionnelles ou rares) et de cocaïne. La consommation de kétamine ou de GHB reste marginale.

Les fréquences de consommation sont « systématiquement à la baisse quand les produits sont pris avant une relation sexuelle, ce qui pourrait démontrer qu'il n'y a pas de prise de psychotropes spécifiquement liée à l'acte sexuel » et que la prise de risque (rapport sexuel non protégé par exemple) n'est pas induite par les effets éventuels des produits mais propre à un comportement déviant délibéré (Le Kiosque et al., 2005).

2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers

Pas de nouvelle information disponible

⁸ Les données de cette enquête ont été comparées à celles du Baromètre santé 2000.

3. Prévention

Prévention : contexte général (Cf. rapport national publié en 2004 pour plus de détails)

Cadre législatif :

Le domaine de la prévention des drogues n'est pas couvert par la législation française. La loi fondatrice de la lutte contre les drogues – loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 – ne l'aborde pas. À ce titre, seules font exception la loi dite « Évin » du 10 janvier 1991⁹ – régulant l'usage de l'alcool et du tabac dans les lieux publics mais aussi leur publicité – ainsi que les circulaires du ministère de l'Éducation nationale soutenant depuis 1990 la prévention des conduites à risques.

Deux principaux textes officiels fixent les contours actuels de la politique de prévention en France et posent le principe d'une harmonisation et d'une généralisation de la prévention via une programmation tout au long du cursus scolaire, dès l'école primaire et particulièrement au collège :

- le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, qui, en matière de prévention, met l'accent en particulier sur le cannabis, le tabac et l'école, prévoyant de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité ;
- le programme quinquennal 2003-2008 de prévention et d'éducation élaboré par le ministère de l'Éducation nationale¹⁰.

Citons également le plan national de lutte contre le cancer 2003-2008 – qui a provoqué un réel élan et un appel de fonds pour les actions à l'encontre du tabac – ainsi que la loi de programmation de la politique de santé publique du 9 août 2004, qui instaure l'obligation d'au moins une séance annuelle de prévention dans les établissements d'enseignement secondaire et qui fixe entre autres des objectifs de réduction du tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Coordination politique, du niveau central au local :

Depuis 1999, la lutte contre les drogues est élargie aux substances psychoactives licites telles l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. Elle soutient deux principes forts : l'intervention précoce auprès des jeunes pour retarder l'âge de l'initiation des consommations et une intervention qui ne vise pas seulement à empêcher l'usage mais tente aussi de limiter les abus.

L'impulsion et la coordination des politiques de prévention dans le domaine des drogues reviennent à la MILDT. Les orientations nationales sont définies par le plan gouvernemental dont elle est le dépositaire. Dans chaque ministère concerné, un service coordonne les objectifs de prévention entre niveau central et déconcentré et traite du sujet avec la MILDT.

La déclinaison des orientations nationales au plan local s'appuie donc sur les services déconcentrés de l'État mais aussi sur le dispositif spécifique de la politique des « drogues » coordonné par la MILDT. Celui-ci est basé notamment sur la nomination dans chaque département d'un chef de projet « drogues et dépendances » – du corps préfectoral – et d'un coordinateur issu des services déconcentrés¹¹. Le chef de projet définit et anime la politique départementale de prévention. Pour cela, il dispose de crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels et consulte les institutions locales (services de l'État, autorités judiciaires, collectivités territoriales)¹²

⁹ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991, p. 4148 (NOR : SPSX9000097L)

¹⁰ Instauré par le circulaire n°2003-210- du 11 décembre 2003 ; NOR : MENE0302706C.

¹¹ Le fonctionnement en binôme est institué depuis 2004. Les chefs de projet postés dans les capitales régionales assurent une coordination au plan régional en particulier en ce qui concerne les soins.

¹² Administrations décentralisées, départementales ou régionales, autonomes et ayant des compétences propres par exemple dans les domaines de la santé, de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection de l'enfance.

et si possible principales associations), afin de coordonner les objectifs des acteurs publics et de déterminer les financements.

En milieu scolaire, les chefs d'établissements fixent annuellement les mesures préventives à mener auprès des élèves. Bien qu'ils bénéficient d'une certaine autonomie en la matière, ils reçoivent des recommandations rectorales issues des orientations ministérielles. La plupart des établissements d'enseignement secondaire disposent d'un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), rassemblant la communauté éducative et des acteurs externes (associations, acteurs institutionnels, etc.) pour coordonner la prévention dans leur enceinte.

Cadre institutionnel et administratif de la prévention des dépendances :

La prévention des drogues s'est toujours inscrite dans une logique d'extension des droits communs et des services garantis par l'État ou délégués au secteur associatif, selon une logique de proximité (niveaux décisionnels et intervenants locaux).

L'identification de zones d'intervention prioritaire (ZUS ou ZEP¹³), établie sur des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité (taux d'élèves en retard scolaire et taux d'élèves boursiers) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés.

Des dispositifs de coordination territoriaux et trans-sectoriels permettent de répartir de façon cohérente les crédits publics. Ils relèvent de la lutte contre les drogues ou de la santé et l'exclusion sociale (PRSP), de la sécurité ou de la politique de la Ville (CLS, CEL)¹⁴.

A l'instar des sources de financement, les corps professionnels impliqués dans la prévention sont multiples. Dans le secteur public, seuls les services chargés de l'application de la loi forment des spécialistes susceptibles de rencontrer des publics jeunes ou adultes, à la demande des établissements scolaires ou d'autres structures : ce sont les FRAD, Formateurs relais antidrogue de la gendarmerie nationale et les PFAD, Policiers formateurs antidrogue (PFAD).

Soutien des réseaux décisionnaires et professionnels :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes médiatiques). D'autres organismes peuvent soutenir les professionnels spécialisés ou non dans le champ de la prévention des drogues :

- les centres d'information régionaux sur la drogue et les dépendances (CIRDD), constituant un appui technique aux chefs de projets drogues et dépendances (CPDD) et aux administrations, à travers leur fonction de documentation, de conseil méthodologique pour l'élaboration de projets et d'observation, notamment en matière de prévention. Une refonte de ce dispositif est en cours ;

- le réseau d'information sur les toxicomanies « Toxibase » qui gère en outre une rubrique sur les outils francophones relatifs à divers thèmes de prévention ;

- la Commission de validation des outils de prévention, coordonnée par la MILDT qui fournit un avis sur la qualité des outils qui lui sont soumis pour favoriser la fiabilité et la cohérence des discours tenus.

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les acteurs associatifs spécialisés sont constitués en organisations

¹³ ZUS : Zones urbaines sensibles ; ZEP : Zones d'éducation prioritaires.

¹⁴ PRSP : les Programmes régionaux de santé publique remplacent les Programmes régionaux de santé (PRS) et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS) ; CLS : Contrats locaux de sécurité ; CEL : Contrats éducatifs locaux.

fédératives – FNES, ANPAA, ANIT FFA, CRIPS¹⁵. Toutes ces associations organisent des formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseau documentaire liés à la prévention de l'usage de substances psychoactives.

Quelques repères sur les dispositifs de prévention français :

La majorité des actions de prévention des dépendances se déroule en milieu scolaire et implique largement la communauté éducative tant pour la coordination que la conduite des actions. La prévention « sélective » ou « indiquée » est principalement le fait des acteurs associatifs spécialisés (cf. « consultations cannabis », section 3.2), mais aussi de services communaux voire départementaux, au titre de leur compétence en matière d'aide sociale à l'enfance ou de protection de l'enfance. Notons que les termes de prévention « sélective » ou « indiquée » ne sont pas usités en France.

La prévention des drogues est caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes. Jusqu'à présent, aucun modèle n'a été imposé aux réseaux de professionnels ni aux institutions, mais cela pourrait évoluer dans un proche avenir, à travers la volonté politique de programmer la prévention en milieu scolaire. Toutefois, grâce aux diverses initiatives pour professionnaliser le domaine, harmoniser les principes d'action, certaines approches font leur chemin : le fait d'aller au-delà de l'information sur les risques ; l'interactivité ; le développement de compétences psychosociales.... Cependant, le modus operandi des compétences psychosociales demeure encore flou pour de nombreux acteurs.

Suivent les dispositifs de prévention nationaux pérennes :

- la ligne nationale d'aide téléphonique « Drogues alcool tabac info service » (DATIS) ;
- la campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies gérée par la Mission de lutte anti-drogue (MILAD, ministère de l'Intérieur), qui visite de nombreux établissements scolaires et les côtes françaises pendant la période estivale ;
- les Points Ecoute, structures de soutien, d'orientation et de médiation, pour les jeunes et/ou leurs parents, en prise avec des usages problématiques de drogues ;
- les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), plus généralistes, dédiés aux jeunes en situation à risques (précarité, errance) et à leur entourage, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale.

L'observation de la prévention aujourd'hui :

Malgré quelques tentatives, la France ne bénéficie pas d'un système d'observation performant de la prévention. Or ce domaine souffre d'un manque évident de lisibilité, de par l'éclatement des systèmes d'informations des opérateurs et des financeurs multiples.

Aujourd'hui cette situation freine toute tentative de dresser un tableau national rigoureux de la prévention en France. Elle explique la prédominance des dispositifs de soutien et des services dans le descriptif des stratégies nationales de ce rapport.

3.1 Prévention universelle

Politique nationale de prévention en milieu scolaire

Le plan gouvernemental et le programme 2003-2008 de prévention et d'éducation du ministère de l'Éducation nationale prévoient tous deux une programmation nationale de la prévention en milieu scolaire. Dans cette optique, la MILDT et le ministère de l'Éducation Nationale, aidés de plusieurs partenaires institutionnels, ont élaboré un guide d'intervention

¹⁵ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (www.fnes.info) ; ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (fondée en 1872, www.anpaa.asso.fr) ; ANIT : Association nationale des intervenants en toxicomanie, (www.anit.asso.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida, (www.lecrips.net/reseau.htm).

en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives. En février 2005, ce guide a été diffusé dans 80 établissements scolaires, à titre expérimental, pour que ses auteurs puissent apprécier son applicabilité, l'affiner et le compléter en vue de sa généralisation à l'automne 2006.

Dans sa forme expérimentale, le document précise les moyens institutionnels et techniques offerts aux établissements, présente des éléments généraux sur le développement psychoaffectif chez l'enfant et l'adolescent, sur les consommations en France, sur la législation et propose :

- un plan d'intervention en 4 séances pour les élèves de CM2 et de 6^{ème} ¹⁶ (pour des élèves de 11 à 12 ans en moyenne) traitant plus particulièrement du tabac ;
- un plan d'intervention en 4 séances pour les élèves de 3^{ème} et de 2nde ¹⁷ (pour des élèves de 15 à 16 ans en moyenne) plus particulièrement axé sur le cannabis.

Ce guide doit être complété par des modules d'intervention sur l'alcool et l'ecstasy.

Prévention universelle dirigée vers les communautés

À partir de janvier 2005, plus de 250 consultations « cannabis », annoncées par le plan gouvernemental, ont été mises en place sur l'ensemble du territoire français. Dédiées aux jeunes en difficulté du fait de leur consommation de cannabis ou d'autres drogues et à leurs parents, ces structures d'accueil et de soutien sont anonymes et gratuites. Elles sont implantées dans les principales villes françaises de façon à être facilement accessibles. Les consultations sont assurées par des professionnels formés à l'utilisation d'outils d'évaluation et d'interventions brèves dans le domaine des addictions et capables d'identifier le service social, médical, ou psychiatrique adapté pour les consultants qui relèveront d'une prise en charge spécialisée. Ce nouveau type de service fait l'objet d'un suivi (résultats lors du premier trimestre 2006). Les premières données disponibles sur l'activité de ces consultations montre que deux à trois mois après la mise en place du dispositif environ 3 500 et 4 000 personnes sont accueillies chaque mois dans ces structures, parmi elles 2 000 à 2 500 sont des consommateurs de cannabis (les autres personnes sont des parents, membres de la familles, éducateurs...) (OFDT, 2005c).

Milieu récréatif

Un référentiel national des actions de réduction des risques liée aux usages de drogues a été adopté par décret le 14 avril 2005¹⁸. Il interdit dorénavant les pratiques de testing qui ne permettent pas « une identification des substances entrant dans la composition des comprimés », conformément aux préconisations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues. Les actions de prévention en milieu festif devront se conformer à ce référentiel d'intervention.

Ligne d'aide téléphonique

En 2004, une nouvelle ligne d'aide téléphonique a été mise en place : « Écoute cannabis ». Le nombre d'appels traités par la ligne DATIS en baisse par rapport à l'année 2003 (625 000 contre 800 000 en 2003) s'explique essentiellement par le changement de numéro de téléphone (passage du 113 au 08231313 toujours gratuit). Parmi ces appels, 12 % sont des appels à contenu (c'est-à-dire identifiées par le service comme des demandes réelles). Les usagers (54 %) comme l'entourage (36 %) ou les professionnels utilisent ce service.

Lors des appels, les produits licites ont été cités dans 64 % des cas. Parmi les produits illicites (36 % des appels), le cannabis reste la substance la plus fréquemment mentionnée

¹⁶ Soit la dernière année d'école élémentaire et la première année de collège (correspondant aux 5^{ème} et 6^{ème} grades).

¹⁷ Soit la dernière année de collège et la première année de lycée (correspondant aux 8^{ème} et 9^{ème} grades).

¹⁸ Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, NOR : SANP0521129D.

(25 % sur l'ensemble des appels à contenu ; derrière l'alcool mais avant le tabac), loin devant l'héroïne (5 % des appels à contenu), la cocaïne (4 % des appels à contenu) ou l'ecstasy (3 % des appels à contenu).

Budget

Les crédits engagés par la MILDT au titre de la prévention en 2004 sont présentés dans le Tableau 6.

La différence d'attribution budgétaire à la ligne des actions menées dans le cadre des programmes départementaux de prévention s'explique par le fait que les enveloppes ont été calibrées en 2003 sur la base de 75 % des dispositifs existants (CDO, prévention, CIRDD). En 2004, selon les départements, il s'avère que certains dispositifs CIRDD n'ont pas été réduits de 25 % ou que des CDO ont été augmentés.

À compter de 2006, il sera demandé aux chefs de projets de faire remonter des indicateurs de mise en œuvre de leur plan départemental (déclinaison du plan gouvernemental).

Les dépenses de l'INPES en matière de prévention s'élevaient en 2003 à un peu plus de 100 000 €.

3.2 Prévention sélective

Pas de nouvelle information disponible

Pas d'élément à signaler sur ce thème si ce n'est que les services consultations « cannabis » (voir la section sur la Prévention universelle vers les communautés) devront pouvoir prendre en charge les usagers plus problématiques.

Tableau 6 : Actions de prévention financées sur les crédits de la MILDT de 2002 à 2004 (en milliers d'euros)

Types d'actions	2002	2003	2004
Actions menées dans le cadre des programmes départementaux de prévention (gérés par les chefs de projet « drogues et dépendances »)	6,6	7,11	18,2
Actions locales sous la tutelle ou la gestion de :			
Éducation nationale (via les CESC)	1,30	0	--
Jeunesse et sports	1,30	0	--
Agriculture (enseignement agricole)	0,13	0	--
Autres services déconcentrés (PFAD et FRAD etc.)	0,50	?	--
Associations tête de réseau	1,00	0,94	1,05
Total	10,83	8,05	19,25

Source : MILDT, 2004.

4. Usage problématique

Usage problématique : contexte général

Prévalence estimée : à partir de la méthode d'estimation démographique et de données de l'enquête dite « de novembre » une estimation nationale de la prévalence d'usage problématique d'héroïne et de cocaïne en 1999 parmi la population de 15-54 ans a été réalisée (Costes, 2003). Le résultat, obtenu est de 4,6 pour mille [Tableau épidémiologique n° 7].

En 1999, des estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne (héroïne, Skénan®, Subutex®, méthadone et cocaïne) ont été menées concomitamment dans cinq villes de France par la méthode de capture-recapture et varient de 15,3 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Nice à 6,5 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Toulouse (Chevallier, 2001), [Tableau épidémiologique n° 8].

Le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème a été estimé entre 150 000 à 180 000 en 1999.

Il existe à l'heure actuelle plusieurs instruments validés en langue française permettant d'évaluer l'abus ou l'usage nocif de cannabis chez l'adolescent ou le jeune adulte. Il s'agit de deux tests traduits de l'anglais et d'un test spécifique au cannabis conçu à l'OFDT : le CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Dans l'attente d'une définition européenne, la définition de l'usage problématique de cannabis retenue à l'échelle française est la suivante : « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ».

La France vient de se doter d'un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen (TDI – [TDI ; Tableau épidémiologique n° 3 et n° 4]). En l'attente des premiers résultats du système de Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) prévu en 2005-2006, les informations sur le profil des personnes en traitement sont issues de :

- l'enquête dite « de novembre » : réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des centres de soins un mois donné.
- des rapports d'activité annuels des centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) qui contiennent un ensemble de questions permettant de décrire de façon sommaire les patients pris en charge au cours de l'année. Les derniers chiffres disponibles datent de l'année 2003.
- l'enquête OPPIDUM (Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse) : sur les consommations au cours de la semaine écoulée des usagers pris en charge dans un panel de structures, essentiellement des CSST, au cours d'un mois donné.
- l'enquête spécifique auprès des usagers fréquentant les structures de « première ligne »¹⁹ (boutiques et programmes d'échange de seringues) dite enquête de « première ligne » menée dans les douze sites intégrés au dispositif français d'observation des tendances récentes (TREND).

Profil des personnes en traitement et fréquentant les structures « première ligne »¹⁹ : les personnes vues dans les CSST ou les structures de « première ligne » sont principalement des hommes (environ 80 % du public accueilli). L'âge moyen des personnes prises en charge dans les CSST est en augmentation depuis la fin des années 1980 (augmentation de la part des personnes âgées de plus de 40 ans mais également des mineurs). Selon le produit à l'origine de la prise en charge, les patients sont plus ou moins âgés : les personnes dont la prise en charge est liée à la consommation d'opiacés ont en moyenne 31 ans, alors que celles dont la prise en charge est consécutive à un usage problématique de cannabis ont environ 25 ans (Palle et Bernard, 2004).

¹⁹ Les professionnels préfèrent cette dénomination à celle plus connue de structures de « bas seuil » (programmes d'échange de seringues, boutiques...). Les deux termes sont équivalents.

Chaque année, environ 50 % des personnes prises en charge dans les CSST sont des nouveaux patients. Parmi eux, un tiers des individus consultent d'eux-mêmes (environ 35 %), 18 % viennent suite à une mesure judiciaire, 20 % sont adressés par des institutions sanitaires. Entre 1998 et 2002, il a été constaté une augmentation de la part du recrutement judiciaire chez les nouveaux patients (13 % en 1998 à 20 % en 2002). Les principaux produits à l'origine de la prise en charge sont les opiacés. Depuis 1998 on assiste à une montée en charge de la demande de traitement pour une dépendance au cannabis (Palle et al., 2003; Palle et Bernard, 2004; Costes et al., 2005; Delile, 2003).

En 2003, parmi les usagers de structure de « première ligne », les substances illicites les plus consommées au cours du mois écoulé, mis à part le cannabis, sont, par ordre décroissant, le chlorhydrate de cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne et les amphétamines. La BHD et les benzodiazépines sont consommés par une part importante de personnes (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004).

À partir d'observations menées dans différents groupes sociaux à risque d'usage, on constate en 2003 que l'usage de cocaïne poursuit sa diffusion et concerne des profils sociaux de plus en plus diversifiés. De même les usages d'ecstasy sont de plus en plus observés parmi les usagers de rues de l'espace urbain. Les hallucinogènes semblent également être de plus en plus consommés par les usagers les plus jeunes (Bello et al., 2004).

Des mésusages de BHD ont été identifiés, vraisemblablement facilités par la disponibilité du produit sur les marchés parallèles urbains. Pour ce produit, des pratiques d'injection et de sniff ont été mises en évidence parmi les usagers de structures de « première ligne », ainsi que des usages non substitutifs (primo-usages et primo-dépendance) (Cadet-Taïrou et al., 2004a; Bello et al., 2004; Bello et al., 2003; Escots et Fahet, 2003).

Depuis 2001, la pratique de l'injection récente diminue tandis que celle du sniff semble progresser (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004 ; Palle et al., 2003 ; CEIP de Marseille, 2004). Mais les informations de terrain récoltées en 2003 fournissent des informations divergentes : certains sites du réseau TREND rapportent une involution des pratiques d'injection tandis que d'autres constatent un attrait pour la voie injectable chez les populations les plus jeunes (Bello et al., 2004).

Parmi les personnes s'étant injectées au cours du mois écoulé, il s'avère qu'en 2003 près de 25 % des injecteurs ont partagé leur matériel. Parmi les sniffeurs, les trois quart ont partagé leur produit et 45 % leur paille (Bello et al., 2004).

Les nouveaux développements en matière de consommation sont consignés dans le [Tableau épidémiologique n°17].

4.1 Prévalence et incidence estimées

Pas de nouvelle information disponible

Usage problématique de cannabis

Se reporter à la section 2 (contextes d'usage de cannabis).

4.2 Profil des personnes en traitement

En 2003, la file active totale des CSST en ambulatoire peut être estimée par extrapolation à environ 75 000 personnes dont la moitié de nouveaux patients, mais ce chiffre contient des doubles comptes dont la proportion est difficile à évaluer ; la file active moyenne par structure est de 363 personnes dont 50 % sont des nouveaux patients (Palle et al., 2005).

Les patients sont à 78 % de sexe masculin. La répartition par âge est détaillée dans le Tableau 7. Une courte majorité de patients (52 %) ont 30 ans ou plus et 16 % ont 40 ans ou plus ; 30 % des patients ont moins de 25 ans et 6 % sont mineurs. Les nouveaux patients sont notablement plus jeunes : on compte parmi eux un peu plus de 40 % de moins de 25 ans. Ces données semblent refléter l'hétérogénéité de la population accueillie avec une relative bipolarisation autour, d'une part, des patients pris en charge avec un traitement de

substitution aux opiacés, et d'autre part, des personnes consultant du fait de problèmes liés à la consommation de cannabis.

Tableau 7 : Répartition de l'ensemble des patients en traitement, par âge (en %), 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Moins de 18 ans	3,3	3,8	4,5	5,1	5,2	6,1
18 à 24 ans	23,4	19,8	19,8	21,7	22,6	23,7
25 à 29 ans	27,9	25,7	24,2	22,0	19,7	18,5
30 à 39 ans	38,7	41,6	40,3	38,2	38,3	35,7
40 ans et plus	6,6	9,0	11,2	13,0	14,2	16,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDT.

Parmi les autres caractéristiques disponibles des patients, 72 % vivent dans un logement stable, 20 % dans un logement précaire et 7 % sont sans logement. Ces données sont sensiblement identiques pour les nouveaux patients.

Un peu plus d'un tiers (35 %) des patients tirent leurs ressources de revenus du travail, 20 % du RMI, 12 % des allocations chômage (ASSEDIC) et 7 % de l'allocation adulte handicapé (AAH). Quinze pour cent sont à la charge d'un tiers et 11 % sont classés dans la catégorie « autres », qui inclut les sans revenu. Près de 96 % des patients disposent d'une couverture sociale. Les caractéristiques des nouveaux patients sont similaires.

Dans la continuité des tendances observées depuis le début des années 2000, la part des opiacés dans les produits à l'origine de la prise en charge est en baisse au profit essentiellement du cannabis et dans une moindre mesure des stimulants (cocaïne, crack, ecstasy) (Tableau 8).

Tableau 8 : Répartition des nouveaux patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge (en %), 1998-2003

	1998 11687 patients	1999 11361 patients	2000 17097 patients	2001 16619 patients	2002 24208 patients	2003 24422 patients
Héroïne	41,0	35,7	34,8	35,7	34,1	29,2
Cocaïne	5,7	5,9	5,7	6,6	6,5	5,8
dont Crack	1,8	1,5	1,3	2,4	2,4	1,3
LSD et autres hallucinogènes	1,0	0,9	1,5	1,1	0,6	0,8
Cannabis et dérivés	24,2	26,7	27,5	28,9	31,3	39,9
Amphétamines	2,3	1,4	2,4	2,5	2,5	2,3
dont Ecstasy	0,9	0,8	1,5	1,4	1,5	1,6
Solvants	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
Dérivés codéine	3,1	2,2	2,0	1,5	1,2	0,9
Buprénorphine-méthadone	9,2	12,5	11,0	7,8	7,9	7,5
Médicaments psychotropes non opiacés	4,8	4,6	4,1	3,2	3,3	2,7
Alcool	5,9	7,7	7,9	8,6	10,0	8,7
Autres	2,7	2,3	2,8	3,9	2,6	2,1
Total Produits	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDT.

Pour la première fois en 2003, le cannabis est le premier produit à l'origine des nouvelles demandes de traitement mais il faudra attendre l'année prochaine pour savoir si cette tendance est confirmée. Il faut cependant tenir compte du fait que, sur l'ensemble des réponses à la question sur les produits, on compte environ 8 % de réponses « aucun produit consommé ».

L'utilisation de la voie intraveineuse parmi les nouveaux patients est cette année encore en régression. Cette baisse est à mettre en parallèle avec l'augmentation de la demande de traitement pour des usages problématiques de cannabis.

L'augmentation de la part des plus jeunes parmi les nouveaux patients peut être mise en rapport avec l'évolution de plusieurs autres indicateurs :

- augmentation de la part du cannabis comme produit à l'origine de la prise en charge ;
- augmentation du pourcentage de patients disposant d'un logement stable dans le cadre familial ;
- augmentation du nombre de patients à la charge d'un tiers ;
- augmentation de la proportion de patients venus suite à une mesure judiciaire.

4.3 Principales caractéristiques et modes de consommation de sources autres que celles des traitements

Usagers de crack

Les 8 et 9 juin 2005 se sont déroulés les premiers états généraux consacrés au crack, occasion d'échanges entre politiques, riverains, policiers, experts et intervenants en toxicomanie. On estime que le nombre d'usagers se situe entre 6 000 et 10 000 dont la moitié en région parisienne. Il n'existe pas en France une grosse augmentation du nombre d'usagers de crack mais leur précarisation a pour conséquence directe une présence croissante dans les structures d'accueil et de prise en charge. Lors de ces états généraux, les débats se sont essentiellement focalisés autour de l'accueil des personnes, leur présence plus ou moins problématique dans des quartiers délimités de Paris et de la Seine-Saint-Denis (syndrome « not in my backyard ») ainsi que sur la répression du trafic (Etats généraux : crack errance et poly-toxicomanie, 14 juin 2005).

Investigations du dispositif TREND

La dernière enquête disponible sur les usagers fréquentant les structures de « première ligne » date de l'année 2003 et les résultats ont été exposés dans le rapport national précédent (Bello et al., 2004, enquête « première ligne 2003 », TREND/OFD). En 2004, le dispositif TREND a mené plusieurs investigations sur des thématiques ou populations spécifiques qui sont développées ci-dessous (Bello et al., 2005c).

L'injection

Certains indicateurs laissent à penser que la pratique de l'injection est en régression en France depuis quelques années.

L'ensemble des informations issues des différents dispositifs d'observations au sein des structures de prises en charge (CSST, structures sociales et sanitaires, structures de « première ligne ») convergent vers le même résultat : baisse de la prévalence et de l'incidence de l'injection chez les usagers de drogues. Parmi les personnes vues en CSST, la part de l'injection au cours de la vie est passée de 72 % en 1993 à 51 % en 2003 et pour l'injection au cours du mois de 17 % en 1997 à 12 % en 2003 (Bellamy, 2005). Dans les structures sanitaires et sociales l'injection dans la semaine est passée de 29 % en 1996 à 9 % en 2004 (CEIP de Marseille, 2005). Enfin, parmi les usagers vus dans les structures de première ligne, alors que 54 % déclaraient avoir eu recours à l'injection dans le mois écoulé

en 2001, elles ne sont plus que 37 % en 2003 (Graphique 1) (Bello et al., 2004, enquête « première ligne 2003 », TREND/OFDT).

Cette diminution pourrait s'expliquer par trois principaux facteurs :

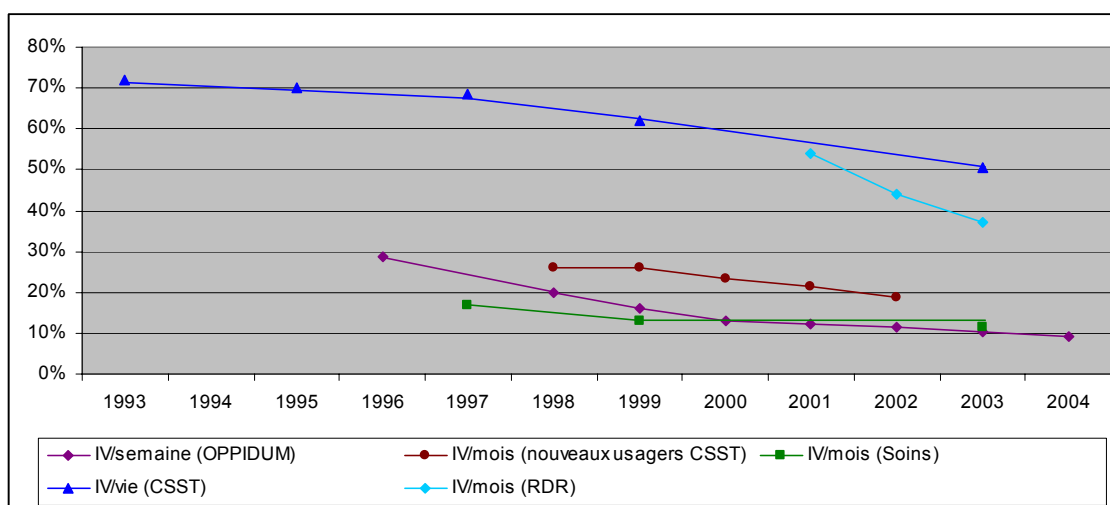
- la consommation par les générations les plus jeunes de produits hallucinogènes et stimulants plutôt que les opiacés ;
- la large diffusion des produits de substitution et donc l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge ;
- une image négative de la pratique de l'injection du fait des risques d'infections (VIH, VHC) ou d'autres manifestations morbides douloureuses.

Dans l'espace urbain en 2003, les personnes qui fréquentent les structures de « première ligne » et qui se sont injectées sont majoritairement des hommes (79 %) âgés de plus de 25 ans (81 %) et avec un niveau de formation inférieur au baccalauréat (79 %) (Bello et al., 2004, enquête « première ligne 2003 », TREND/OFDT). Grâce aux nombreuses informations sur les caractéristiques sociales et pratiques de consommations récupérées par l'enquête, des facteurs associés à la pratique de l'injection ont pu être identifiés ; la pratique de l'injection au cours du dernier mois augmente :

- plus le score de précarité²⁰ est élevé : les personnes ayant un score de précarité au-dessus de 7 ont deux fois plus de chances de s'injecter (OR=2,2) que celles ayant un score entre 3 et 5 ;
- plus le nombre de produits consommés dans le mois est important : les personnes ayant consommé plus de 5 produits différents dans le mois ont 3 fois plus de risques (OR=3,1) d'avoir pratiqué l'injection que celles en ayant consommé un seul ;
- si un opiacé a été consommé au cours du mois : les consommateurs d'opiacés ont 16,4 fois plus de risque de s'être injecté au cours du mois que les autres consommateurs. Parmi les consommateurs d'opiacés, le risque est le plus élevé pour les consommateurs de sulphate de morphine (OR=11,3), de BHD (OR=2,7) et d'héroïne (OR=2,7).

Ces éléments ont été confirmés en 2004 par les observations qualitatives du dispositif.

Graphique 1 : Fréquence de la pratique de l'injection parmi les usagers de drogues rencontrés dans le dispositif de prise en charge, 1993-2004



Sources : TREND/OFDT, 2005.

²⁰ Addition du score pour le logement, la couverture sociale et les ressources. Ce score peut aller de 3 à 10 et plus il est élevé plus la personne est en situation de précarité.

En 2003, la BHD a été injectée par 51 % des injecteurs, l'héroïne par 35 %, la cocaïne par 32 %, le sulfate de morphine par 17 % et la kétamine par 13 %. En 2004, selon les observateurs de l'espace urbain, l'injection de la cocaïne serait en augmentation sur certains sites ; l'héroïne, la BHD et la cocaïne restent les produits les plus souvent injectés.

Dans l'espace festif, la pratique de l'injection est beaucoup moins fréquente qu'au sein de l'espace urbain. D'après l'enquête « musiques électroniques », 4,6 % des personnes déclarent s'être injectées au cours de la vie et 1,1 % au cours de l'année écoulée (Reynaud-Maurupt et al., 2005). Ces proportions restent sûrement supérieures à celles trouvées en population générale adulte mais aucun chiffre n'est disponible dans cette dernière population.

Dans cet espace la pratique de l'injection est donc marginale et reste confinée à une population spécifique : marginalisés sur le plan social et évoluant aux frontières de l'espace festif et de l'espace urbain.

Les éléments sur le partage du matériel et les maladies infectieuses ont été relatés dans le dernier rapport national (OFDT, 2004a).

Usagers fréquents de cannabis

En s'appuyant sur le dispositif TREND, une enquête auprès des usagers fréquents de cannabis a été réalisée en 2004 (Bello et al., 2005b; Bello et al., 2005c). Les critères d'inclusion étaient un âge compris entre 15 et 29 ans, et une consommation de cannabis d'au moins 20 joints au cours des 30 derniers jours ou durant au moins 10 jours au cours des 30 derniers jours. L'enquête s'est déroulée en ville, dans la rue, dans un lieu ou un moment festif, dans les CSST (dans ce cas n'étaient éligibles que les personnes ayant formulé une demande d'aide portant sur le cannabis) ; les structures de réductions des risques n'étaient pas incluses dans les lieux de sélection.

Plus de 1 500 questionnaires ont été exploités. Les personnes qui ont répondu sont majoritairement des hommes. La tranche d'âge des 20-24 ans est majoritaire (41 %), le niveau d'étude est élevé (60 % ont le bac ou plus) et 14 % des individus interrogés sont au chômage (la majorité ont une activité rémunérée ou alors sont étudiants).

En utilisant le score de santé de Duke²¹, l'état de santé des usagers fréquents de cannabis peut être comparé à celui de la population générale (Tableau 9). On constate que les hommes de 20-25 ans usagers fréquents ont des scores inférieurs à ceux des hommes de la population du même âge, par contre ces différences ne s'observent pas pour les femmes. On retrouve cette même tendance pour le score de dépression. Pour le score d'anxiété, les différences entre usagers fréquents et population générale sont marquées pour les deux sexes.

L'âge moyen du début de la consommation est de 15 ans et 4 mois. Près de 8 personnes sur 10 fument du cannabis de 5 à 7 jours par semaine, la soirée étant le moment privilégié pour la consommation. Le week-end est logiquement marqué par une augmentation du nombre de joints consommés par rapport aux jours de la semaine mais l'intensité de cette consommation reste proportionnelle au nombre de jours de consommation au cours de la semaine. Les contextes (amis, seuls) de consommations sont divers, tout comme les motifs (« se relaxer », « partager », « faire la fête »). Les lieux de consommation sont essentiellement l'espace privé (domicile) et l'espace festif (lors de fêtes, boîte de nuit).

²¹ Questionnaire comprenant 17 items répartis en 5 dimensions indépendantes : physique, mentale, sociale, santé perçue, incapacité et 5 autres dimensions résultant d'une combinaison d'items : estime de soi, anxiété, dépression, douleur. Le résultat est donné sur une échelle de 0 à 100 (optimum=100). Pour les scores d'anxiété et de dépression, l'échelle est également de 0 à 100 mais l'optimum est 0.

Tableau 9 : Score de santé, d'anxiété et de dépression issus du profil de santé de Duke chez les usagers fréquents de cannabis et en population générale

	Usagers fréquents de cannabis (1)				Population générale (2)	
	Tous		20-25 ans		20-25 ans	
	Hommes N=1 145	Femmes N=445	Hommes N=535	Femmes N=227	Hommes N=583	Femmes N=731
Santé physique	75,9	69,0	76,3	71,9	81,3	71,8
Santé mentale	67,1	64,5	67,5	67,0	76,3	69,1
Santé sociale	65,7	66,0	65,8	68,2	72,7	68,0
Santé perçue	74,9	72,4	74,3	75,6	83,5	73,0
Santé générale	69,5	66,5	69,9	69,0	76,8	69,7
Score d'anxiété	44,2	46,2	43,8	44,2	29,7	37,1
Score de dépression	33,7	37,2	33,3	34,4	25,2	33,8

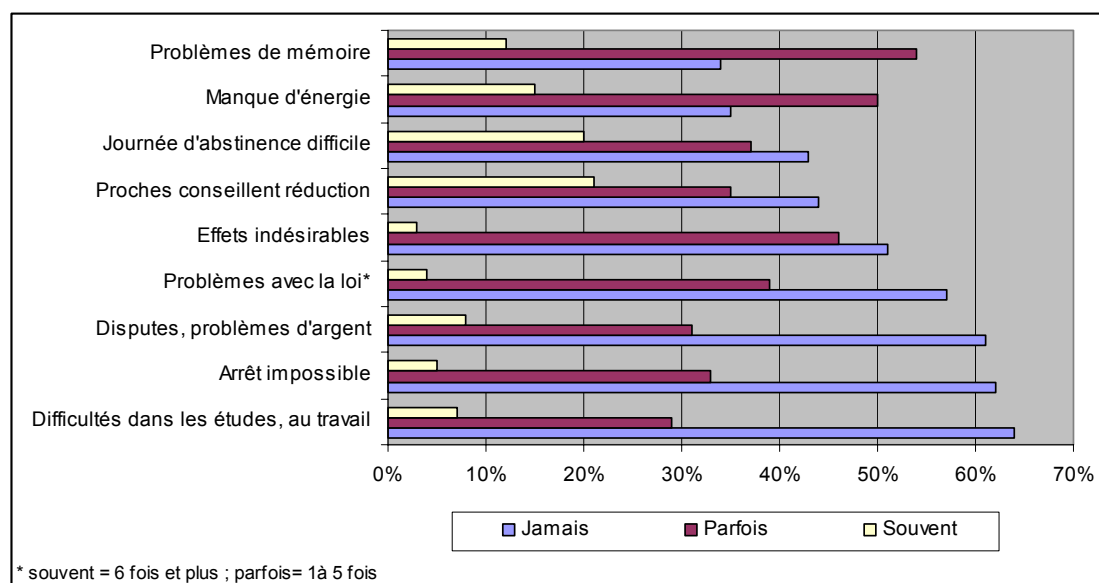
Note : pour les scores de santé, les résultats sont donnés sur une échelle de 0 à 100 (optimum=100). Pour les scores d'anxiété et de dépression, l'échelle est également de 0 à 100 mais l'optimum est 0 (sens inverse des scores de santé).

Source : (1) « enquête usagers fréquents de cannabis » 2004 TREND/OFDT ; (2) Baromètre santé 2000, (Ménard et Gautier, 2001).

Parmi la population étudiée, les problèmes déclarés liés à la consommation de cannabis sont fréquents mais le plus souvent épisodiques (Graphique 2). Certains facteurs sont associés à des usages plus problématiques : fragilité sociale, début précoce de la consommation de cannabis, modes de consommations autres que le joint (pipe, ingestion).

Environ 9 personnes sur 10 ont un score d'usage problématique²² faible (0-4 : 45 %) ou intermédiaire (5-9 : 43 %). À un score de 10 à 14 on retrouve 11 % des personnes tandis que le niveau de 15 à 18 en concerne 1 %.

Graphique 2 : Problèmes liés à la consommation de cannabis parmi les 1 567 usagers fréquents au cours de l'année écoulée, 2004



Source : « enquête usagers fréquents de cannabis » TREND/OFDT.

²² Des items d'usage problématique étaient inclus dans le questionnaire : problème de mémoire, manque d'énergie, difficulté à ne pas consommer une journée, réduction conseillée par les proches, perception d'effets indésirables, problèmes avec la loi, disputes, impossibilité d'arrêter, difficulté dans le travail ou les études. Les réponses aux items ont été cotées (jamais (0), parfois (1), souvent (2)). Un score d'usage problématique peut varier de zéro (jamais pour les neuf critères) à 18 (souvent pour les neuf critères) a été obtenu en additionnant les réponses données.

Les demandes d'aides auprès de professionnels de soin du fait des consommations de cannabis bien qu'en augmentation sur les dernières années, restent faibles. Environ 20 % des personnes enquêtées ont eu recours à un professionnel au cours de l'année.

En dehors de leurs consommations de cannabis, les usagers fréquents sont fortement expérimentateurs d'autres produits psychoactifs : 56 % ont consommé un stimulant au cours de leur vie, 47 % un hallucinogène, 23 % un opiacé. C'est l'ecstasy qui est le produit illicite le plus expérimenté et consommé en dehors du cannabis ; suivi par les champignons hallucinogènes (Tableau 10).

Une enquête complémentaire qualitative est actuellement en cours et se déroule auprès de 70 usagers fréquents de cannabis. Des entretiens approfondis sont menés afin de mieux comprendre les motivations des usagers fréquents de cannabis et les significations qu'ils associent à l'usage, les logiques individuelles et collectives des usages, les préoccupations individuelles et collectives, les conséquences de l'usage dans la vie quotidienne et les processus qui les amplifient ou les réduisent.

Tableau 10 : Niveaux de consommation de substances psychoactives parmi les usagers fréquents de cannabis (en %), 2004

	Vie	Année	Mois	Semaine
Ecstasy	45,3	16,2	15,5	6,8
Champignons hallucinogènes	40,8	22,1	4,6	0,8
Cocaïne	40,1	12,4	12,9	4,5
Amphétamines	27,6	11,8	7,9	3,6
LSD	25,5	15,2	4,4	1,5
Héroïne	20,4	11,0	4,5	2,5
Benzodiazépines	18,0	6,1	7,2	4,2
Autres plantes hallucinogènes	13,7	7,2	1,9	0,9
Crack	12,4	4,4	3,2	1,5
BHD hors traitement de substitution	10,9	5,7	2,6	1,8

Note : 1 633 usagers fréquents de cannabis ont été interrogés.

Source : « enquête usagers fréquents de cannabis » TREND/OFDT.

Usagers de plantes hallucinogènes

Parmi les thématiques explorées par le dispositif TREND en 2004, figure les usages de substances hallucinogènes naturelles : champignons hallucinogènes, *Salvia divinorum*, *datura Stramonium*, ayahuasca, rose des bois, peyotl...

L'engouement pour ces produits est une tendance confirmée depuis quelques années au sein de l'espace festif, et qui se confirme par une sensible augmentation des prévalences d'expérimentation en population générale et chez les jeunes plus particulièrement (pour les champignons essentiellement).

Il a été constaté que les champignons hallucinogènes les plus souvent expérimentés sont les psilocybes français suivis par les psilocybes mexicains, ce sont généralement les champignons qui constituent la porte d'entrée des consommations de substances hallucinogènes naturelles. Du fait qu'ils soient largement accessibles, perçus comme peu ou pas dangereux, ils ont un statut non stigmatisant, voire convivial. Parmi les expérimentations de plantes hallucinogènes le *datura Stramonium* et la *Salvia divinorum* sont les plus courantes. Mais il semble que l'expérience du *datura* ne se renouvelle que rarement du fait des difficultés à trouver le dosage adapté pour éviter les effets indésirables. Les consommations d'autres plantes : ayahuasca, rose des bois, peyotl sont anecdotiques.

Le profil type des consommateurs peut se décrire ainsi :

- pour les champignons : jeunes scolarisés en quête d'expérimentations, de jeunes « teufeurs »²³, des « clubbers convertis »²⁴, jeunes marginaux de l'espace urbain ;
- pour la Salvia divinorum : jeunes vivant dans la rue (Bordeaux), jeunes 20-25 ans étudiants ou salariés (Toulouse), personnes attirées par le psychédélisme et les cultures chamaniques (Paris) ;
- pour le datura Stramonium : jeunes marginalisés et polyconsommateurs, personnes fréquentant l'espace festif techno mais consommant le produit à la marge de ceux-ci.

Il est difficile de dégager un profil type des consommateurs des autres types de substances ; globalement ce sont des expérimentateurs attirés par le mysticisme et/ou le chamanisme.

Tableau 11 : Expérimentation et consommation de champignons hallucinogènes parmi les usagers de structures de première ligne et au sein de l'espace festif musique électronique (en %)

	Première ligne 2003 (n=1 082)			Espace festif musique électronique 2004/2005 (n=1 496)		
	10 fois au cours de la vie	Dans les 30 derniers jours	30	Expérimentation	Dans les 30 derniers jours	30
Champignons hallucinogènes	40 %	14 %		54,9 %	12,4 %	

Sources : « enquête première ligne 2003 » TREND/OFDT ; « enquête espace festif musique électronique » GRVS/TREND/OFDT.

Les champignons sont le plus souvent préparés en infusion ou mangés crus. Le datura Stramonium est consommé en infusion pour en réduire les effets toxiques alors que pour la Salvia divinorum on utilise une pipe ou un bang.

Les hallucinogènes naturels sont dans la plupart des cas consommés en présence d'autres personnes, le plus souvent d'autres amis. Les principales motivations pour consommer ces produits tournent autour de 3 critères : coût/disponibilité, facilité/difficulté de gestion des effets indésirables et représentation de la substance.

Les sources d'approvisionnement sont différentes de celles des autres drogues illicites. Dans la plupart des cas, les produits font l'objet de dons, de prêts ou de troc mais rarement de vente. Ceci vient essentiellement du fait que le système d'approvisionnement est fondé essentiellement sur le ramassage et la cueillette. La production domestique, les achats sur Internet sont d'autres moyens d'approvisionnement.

La consommation de produits hallucinogènes est principalement pour les usagers une manière de modifier l'existant (émulateur festif ou ré-enchantement du monde) ; dans ces cas, la consommation est collective. Pour une minorité des individus, la consommation sert à être transportée vers quelque chose (voyage onirique, véhicule vers un monde caché non sacralisé, véhicule vers un monde mystique) et se déroule plutôt en solitaire.

Les problèmes engendrés par la consommation de plantes hallucinogènes sont le plus souvent psychiatriques et pris en charge par les services d'urgences. En dehors du datura Stramonium, peu de problèmes en lien direct avec la prise sont mentionnés mais des conséquences sur le plan psychique peuvent survenir : « bad trips », angoisses, troubles de l'humeur... Les usagers de substances hallucinogènes naturelles déclarent effectivement des effets physiques et psychiques indésirables importants avec le datura Stramonium : problèmes digestifs, épuisements, troubles oculaires, pertes de repères spatio-temporels, de mémoire, décompensations psychiques, confusion mentale...

De toutes les drogues, les substances hallucinogènes naturelles sont celles qui bénéficient de la perceptions les plus positives (hormis peut être le cannabis) :

²³ Personne qui fréquente les fêtes de la culture techno ; mot emprunté du langage inversé.

²⁴ Personne fréquentant anciennement les free parties qui va maintenant dans les clubs et discothèques.

- du fait de la connotation « bio » ou naturelle « sain » ;
- à cause des liens forts avec le mysticisme ;
- car la vente libre de certaines des plantes dans les pays limitrophes de la France en relativise le caractère illégal ;
- du fait du peu de considération donné au risque de dépendance ;
- car les risques suite à une prise sont considérés comme maîtrisables et gérables sans intervention extérieure.

Usagers nomades ou en errance urbaine

Depuis trois ans, certains sites du dispositif TREND témoignent de la visibilité accrue d'une population dont les caractéristiques sont les suivantes : jeune (15-30 ans), nomade ou en errance, présente dans l'espace festif et urbain, vivant dans une grande précarité, consommant de nombreux produits psychotropes et peu visible dans les structures de première ligne et de soins. En 2004, le dispositif a donc tenté d'en savoir plus sur ce groupe en faisant la distinction entre les « nomades »²⁵ et les « errants »²⁶.

En France métropolitaine, la population de jeunes en situation de marginalité se partage donc entre « nomades » et « errants » alors que dans les sites d'Outre-mer (Martinique, Guyane), cette population est composée quasi exclusivement d'« errants ».

Les « errants » se caractérisent par une dominante masculine, une forte proportion de moins de 25 ans et de mineurs, des conditions de vie extrêmement précaires et une forte désaffiliation (familiale, scolaire, sociale). Les « nomades » sont eux, globalement plus vieux que les « errants », plus souvent bénéficiaires de prestations sociales et donc vivent globalement dans une situation moins précaire que celle des « errants ». La marginalité des « nomades » est revendiquée comme un mode de vie. Mais la frontière entre les deux statuts est ténue : la distinction est généralement due à la trajectoire sociale (histoire de vie), et souvent l'identification par l'individu lui-même n'est pas claire (des « errants » se définissent comme « nomades »).

Il n'existe pas de différence significative dans les produits consommés entre les deux groupes mais il semble que les usages soient globalement plus maîtrisés dans les populations « nomades »²⁷. Il existe des influences d'un groupe sur l'autre, dans certains sites, il a par exemple été constaté le développement important des usages de produits hallucinogènes naturels ainsi que de la Kétamine parmi les « errants » au contact du milieu festif (et donc des « nomades »).

L'usage d'héroïne est forte dans les deux groupes, tout comme les pratiques de polyconsommation et la banalisation de l'association alcool/cannabis. Dans la population « errante » la polyconsommation a un caractère anarchique : « on trouve et on associe ce que l'on peut ». Dans ce groupe, la présence de la BHD est forte, de même que les benzodiazépines dans les polyconsommations. La prévalence de l'injection est faible chez les plus jeunes (moins de 25 ans) mais elle augmente avec l'âge et le degré de désaffiliation (dans les deux populations) et ce bien qu'elle ai une représentation négative au sein de chacun des groupes.

Parmi les problèmes de santé et sociaux rencontrés par les « errants » ou les « nomades », il est difficile de faire la part entre ce qui est la conséquence des consommations elles-mêmes et ce qui relève de leur mode de vie spécifique. Les problèmes les plus fréquents sont des troubles psychiatriques ou psychiques, des problèmes sanitaires liés à la précarité

²⁵ Les « nomades » se caractérisent par une marginalité assumée, voire choisie. Les personnes appartenant à ce groupe revendiquent le plus souvent une appartenance à un univers contre-culturel relevant d'univers musicaux bien précis. Elles sont mobiles, se déplacent en fonction des événements festifs ou autres.

²⁶ Les « errants » se caractérisent par une marginalité subie ou n'entre que très peu de considération de type culturel ou autres. Ils sont en général plus « atomisés » que les « nomades » et tendent à s'installer dans un lieu et leur déambulation est délimitée.

²⁷ Aucune prévalence sur les différentes consommations n'est disponible avec cette enquête, on connaît seulement le spectre des produits consommés.

ou la consommation de produits et plus particulièrement la consommation d'opiacés, s'y ajoute pour les femmes une forte vulnérabilité (violences sexuelles, grossesses non désirées...).

L'arrivée des « nomades » et « errants » dans les dispositifs de « première ligne » pose un certain nombre de difficultés pour les professionnels :

- l'inadaptation des structures face à l'arrivée de jeunes accompagnés fréquemment de chiens ;
- la prise en charge d'une population de plus en plus hétérogène (« nomades », « errants », usagers « classiques ») ;
- l'impossibilité d'entamer un travail de long terme avec ces deux publics.

Espace festif musique électronique

Se reporter à l'article Usage de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolution récentes de ce même document. Un rapport exhaustif sur l'investigation qui a été menée sera disponible d'ici la fin de l'année 2005 (Reynaud-Maurupt et al., 2005).

5. Traitements

Traitements : contexte général

En matière de traitement, la stratégie des pouvoirs publics vise à offrir une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services permettant de proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée à sa trajectoire et de s'attacher à l'amélioration de la qualité des soins. Trois dispositifs concourent à la prise en charge des consommateurs de drogues illicites : le dispositif de soins spécialisés en addictologie (établissements médico-sociaux), le dispositif de soins généraliste (hôpitaux et médecins généralistes) et le dispositif de réduction des risques.

1. Le dispositif spécialisé

La prise en charge des addictions aux drogues illicites repose depuis le début des années 1970 sur des structures spécialisées. Ces structures se sont développées après l'adoption de la loi 1970 qui incluait des dispositions garantissant une prise en charge anonyme et gratuite à tous les consommateurs de drogues illicites qui souhaitent se faire traiter. La quasi-totalité des départements français est aujourd'hui dotée d'au moins un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST).

Financées à l'origine par l'État, et depuis le 1er janvier 2003 par les assurances sociales en tant qu'établissements médico-sociaux, ces structures ont pour mission d'assurer conjointement une prise en charge médicale, sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Trois types de CSST peuvent être distingués :

- les centres de soins en ambulatoire (au nombre de 204 en 2003) ;
- les centres de soins avec hébergement collectif (au nombre de 48 en 2003) ;
- les centres de soins en milieu pénitentiaire (au nombre de 16 en 2003).

Les CSST en ambulatoire répondent aux demandes de sevrage en ambulatoire des patients. Ils peuvent également organiser et accompagner les patients qui souhaitent tenter un sevrage en milieu hospitalier. En ce qui concerne la substitution, les CSST étaient, depuis 1993/1994 et jusqu'à une date récente (2002), les seules structures dans lesquelles un patient pouvait débuter un traitement à la méthadone. Cette prescription peut ensuite être relayée en médecine de ville. Les patients peuvent également se faire prescrire de la BHD par un CSST. Les patients peuvent également rechercher, au sein du dispositif, un soutien et un accompagnement de type psycho-thérapeutique et une aide à l'insertion sociale.

En France le concept de « Drug free treatment » n'est pas véritablement utilisé et il est difficile de le faire correspondre à un type d'institution ou de traitements. Mais le nouveau plan quinquennal 2004-2008 préconise le développement des programmes sans substitution et notamment des communautés thérapeutiques.

2. Le dispositif généraliste

Le développement du système de soins spécialisés ne permet pas de faire face à l'ensemble des besoins en traitement des consommateurs de drogues illicites. L'accent a été mis au cours des années 1990 sur l'amélioration de l'accueil des patients présentant des problèmes d'addictions dans le système généraliste de soins (hôpitaux et médecins généralistes).

2.1 Les hôpitaux

Au sein des hôpitaux (établissements de santé), la prise en charge des addictions s'appuie sur les équipes de liaison et de soins en addictologie, les réseaux ville-hôpital, et sur la mise à disposition de lits d'hospitalisation pour les sevrages et la réalisation de bilans médico-psycho-sociaux.

Créées par la circulaire du 3 avril 1996, les équipes de liaison et de soin en addictologie, composées en principe de trois personnes, dont un médecin hospitalier, ont pour mission de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de

soins et de prise en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Ces équipes doivent aussi développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients. Elles mènent des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement. Une centaine d'établissements de santé étaient en 2003 dotés d'équipes de liaison actives. L'activité de ces équipes est cependant en grande partie consacrée aux problèmes d'addictions à l'alcool et au tabac.

Les réseaux ville-hôpital (créés également par la circulaire du 3 avril 1996). En 1998, 67 réseaux ont été recensés, répartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et des crédits État.

Il faut enfin noter que depuis 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à prescrire de la méthadone.

2.2 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes occupent aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire de la BHD aux patients dépendants aux opiacés. Ils peuvent également prescrire de la méthadone après initiation du traitement dans un CSST.

Les médecins généralistes sont en outre les premiers à pouvoir intervenir auprès de patients qui débute leur consommation de drogues illicites. Les pouvoirs publics prévoient donc de mettre en place des formations destinées aux médecins généralistes pour promouvoir le repérage de ces consommations et des modalités d'interventions thérapeutiques adaptées.

A partir des données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), sur 13 villes différentes, il a été établi que 35 % des médecins généralistes avaient prescrit un traitement de substitution au cours de la seconde moitié de l'année 2002. Mais l'activité de prescription, qu'il s'agisse de méthadone ou de BHD, reste souvent concentrée sur un nombre restreint de médecins. La « dose standard » moyenne reçue par un patient substitué au Subutex® est de 9,6 mg (recommandation maximum de 16 mg/jour), elle est de 98,4 mg pour un patient sous méthadone (recommandation maximum de 100 mg/jour) (Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

3. Dispositif de réduction des risques (voir encadré 7 « réponse aux problèmes sanitaires »)

Le [Tableau épidémiologique n° 21] renseigne sur différents traitements pratiqués en France et leur disponibilité. Le [Questionnaire structuré n°27] fournit des informations complémentaires sur les programmes de traitements disponibles.

La prise en charge s'appuyant sur des traitements de substitution aux opiacés est relativement récente en France (1996) et a été motivée par la nécessité de faire face à l'épidémie liée au VIH.

Avec le développement des traitements de substitution, les sevrages sont devenus moins fréquents depuis le milieu des années 1980. En 2002, environ 2 200 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire dans le cadre des CSST. En 2003, l'estimation du nombre de personnes insérées dans un processus de traitement se situe entre 63 000 et 69 000 (Cadet-Taïrou et al., 2004b) soit moins de la moitié du nombre estimé de consommateurs d'opiacés en France.

La prescription de traitements de substitution à la méthadone par des médecins de villes (après initiation du traitement par un établissement spécialisé) a été autorisée en 1995. Le nombre de personnes substituées à la méthadone en médecine de ville a été estimé entre 11 200 et 16 900 en 2003 à partir des données de vente (SIAMOIS / OFDT).

Faisant le constat que l'accès aux traitements de substitution dans les centres spécialisés est insuffisant par rapport aux besoins, une offre thérapeutique parallèle à la méthadone s'appuyant sur la BHD est instaurée à partir de 1996. Les modalités d'initiation et de prescription sont plus souples que celles de la méthadone : autorisée à la prescription par tout médecin, sans condition particulière d'exercice, l'ordonnance maximale est de 28 jours, fractionnée en délivrance de 7 jours sauf mention contraire expresse. En 2002 entre 71 800 et 84 500 personnes ont reçu du Subutex®. « Parmi eux, 52 000 au maximum étaient en processus de traitement au moins pour 6 mois, au

moins 22 000 débutaient un traitement ou étaient des « intermittents de la substitution » et 6 % (5 000 personnes) avaient une activité de « revente » importante » (Cadet-Taïrou et al., 2004b).

En parallèle des effets bénéfiques constatés depuis l'introduction des traitements de substitution (impact positif au niveau sanitaire et social), des conséquences indésirables presque exclusivement rapportés pour la BHD ont également été observées. Ces mésusages sont essentiellement liés au cadre de prescription souple du produit : il s'agit de l'injection de BHD y compris pour des patients sous contrôle médical, un usage hors protocole médical (usage non substitutif), utilisation en association avec d'autres produits (benzodiazépines, alcool...).

5.1 Dispositif

Pas de nouvelle information disponible

5.2 « Drug free treatment »

Pas de nouvelle information disponible

5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)

Sevrages pratiqués en CSST

Le nombre de consultations ou d'actes pratiqués dans les CSST français en 2003 par patient est en moyenne proche de 17 par an, dont un peu plus de 4 consultations médicales (y compris psychiatriques), 7 soins infirmiers, 3 entretiens individuels socio-éducatifs et un peu plus de 2 entretiens psycho-thérapeutiques (Palle et al., 2005, 195 CSST ont transmis des informations soit un taux de réponse de 95 %).

En moyenne 11 patients par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire, et près de 9 patients ont suivi un sevrage par dose dégressive du traitement de substitution (Tableau 12). Il faut cependant tenir compte du fait que sur l'ensemble des CSST, un peu plus de la moitié ne déclare aucun sevrage en ambulatoire. De nombreux sevrages sont également réalisés en milieu hospitalier mais le système d'information ne permet pas actuellement de les comptabiliser de façon satisfaisante.

Tableau 12 : Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par structure, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST (par structure)	6,8	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage par dose dégressive de traitements de substitution	5,7	4,6	5,9	7,0	11,1	8,6

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 6,8 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 1998

Note : calcul effectué en excluant les structures ayant réalisées plus de 150 sevrages ou n'ayant pas répondu aux questions sur l'activité.

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDT.

Substitution

Patients suivis en CSST

En moyenne environ 70 patients par structure ont eu une prescription de méthadone par le CSST, et près de 55 une prescription de BHD (sur les 195 CSST ayant transmis des

informations soit 95 % de taux de réponse). Le nombre total de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution par un CSST en 2003 peut-être estimé à environ 27 000 (près de 15 000 pour la méthadone et un peu plus de 12 000 pour la BHD).

Tableau 13 : Nombre de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution dans une structure, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre structures prises en compte (1)	157	135	159	147	163	187
Nombre de patients sous traitement à la méthadone	5503	6338	7946	8722	11257	13030
Nombre de patients sous traitement à la BHD	6493	6541	8006	7633	9330	10236
Nombre de patients sous traitement à visée substitutive, autres cas	462	338	534	274	282	nd

Note : chiffres révisés par rapport aux données 1998-2001.

(1) structures ayant fourni des données sur l'activité. Par ailleurs, il n'a pas été tenu compte des données des deux CSST dont les files actives sont supérieures à 1 000 personnes et dont la présence ou l'absence dans la base est susceptible de faire fortement varier les résultats d'une année sur l'autre. Enfin, toujours dans un souci de comparabilité des données, il n'a pas non plus été tenu compte en 2003 des chiffres du bus méthadone.

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDI.

La seule évolution notable entre 2002 et 2003 concerne la substitution : après une augmentation continue du nombre moyen de patients ayant une prescription de méthadone ou de BHD par le CSST depuis 1998, ce nombre moyen est resté stable en 2003 pour la méthadone et a diminué pour la BHD ; l'année 2003 paraît donc être en nette rupture avec la tendance précédente (Palle et al., 2005) (Tableau 14).

Tableau 14 : Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution méthadone	35,1	46,9	50,0	59,3	69,1	69,7
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution BHD	41,4	48,5	50,4	51,9	57,2	54,7
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution autre	2,9	2,5	3,4	1,9	1,7	3,9

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2003, DGS/OFDI.

Études de cohorte

Cohorte traitée par méthadone ou buprénorphine haut dosage entre 1996 et 2001

L'objectif de l'enquête menée au sein du Centre Addictions-Sud de Marseille était de présenter l'évolution des caractéristiques des personnes prises en charge entre 1996 et 2001 et de comparer le profil des patients en fonction du traitement de substitution prescrit (patients ayant une pharmacodépendance majeure aux opiacés s'étant présentés dans le centre dans le cadre d'une consultation hospitalière ; la personne pouvait ensuite se voir prescrire un traitement de substitution –méthadone ou BHD- ou non).

Parmi les 585 patients ayant reçu un traitement de substitution entre 1996 et 2001, une précarisation de la situation professionnelle et une augmentation des tentatives de suicides sont mises en évidence sur la période. Les surdoses et hospitalisations psychiatriques sont

restées quant à elles globalement stables. Les produits consommés et les pratiques ont également évolué : diminution de la proportion des consommateurs d'héroïne et d'injecteurs, augmentation des consommateurs de LSD, cannabis et amphétamines de même qu'un accroissement significatif des consommateurs d'alcool et de patients sous traitement continu de benzodiazépines ou de neuroleptiques.

Lors de la prise en charge, 60 % des patients étaient mis sous méthadone et 40 % sous BHD. Les personnes incluses dans le programme méthadone étaient sensiblement plus âgées et plus souvent infectées par le VIH ou l'hépatite C que ceux traités par BHD. La proportion de patients qui avaient entrepris antérieurement des démarches de sevrage ou de substitution et qui continuaient des pratiques d'injection était plus élevée dans le groupe des patients du programme méthadone. L'évaluation psychiatrique et médicale montre que les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne les tentatives de suicide et les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. En revanche, la proportion des patients ayant des antécédents de surdoses était plus élevée dans le groupe méthadone.

Sur la période couverte par l'étude, la BHD semble avoir été plutôt dispensée en première intention aux personnes les plus jeunes qui n'avaient pas eu de recours antérieur à la méthadone alors que la méthadone était plus fréquemment dispensée en deuxième intention chez des patients qui avaient déjà entrepris des démarches de substitution ou de sevrage qui restaient des toxicomanes « actifs » et avaient des infections virales graves. Le choix du traitement de substitution semble donc reposer sur le choix du patient et l'expérience du praticien (Lançon et al., 2004).

Rupture précoce lors de l'induction d'un traitement par buprénorphine haut dosage : identification de facteurs de risques

À partir du suivi de 1 085 personnes recevant un traitement substitutif par Buprénorphine haut dosage par des médecins (en médecine libérale ou en CSST), une évaluation quelques mois après la prise en charge a permis d'identifier les facteurs de risques de rupture précoce du traitement. Sur l'ensemble des patients inclus, plus de la moitié (656) ont eu une évaluation après 12 mois de prise en charge. Les caractéristiques de ces patients ont été comparées à celles des patients qui ont quitté la prise en charge dès la première consultation médicale (91 personnes).

L'âge, la précarité (mesurée par le logement, l'activité professionnelle), le manque de soutien social et un accès aux soins partiel (défaut d'affiliation à la sécurité sociale ou à une mutuelle, non connaissance préalable d'un médecin prescripteur) semblent significativement associés aux ruptures précoces. Si l'étude identifie également des pratiques de consommation différentes entre les personnes restées dans la prise en charge et celles l'ayant quitté dès la première consultation (telles que des consommations de cocaïne, de crack, d'amphétamines et d'hallucinogènes plus importantes, mais un niveau plus faible de la pratique de la voie intraveineuse : 31,9 % vs 41,6 %), ces spécificités sont plus vraisemblablement liées à un effet générationnel plutôt qu'à de réelles pratiques différentielles (Batel et al., 2004).

6. Conséquences sanitaires

Conséquences sanitaires : contexte général

Mortalité liée à l'usage de drogues :

Le système d'information disponible en France s'appuie sur plusieurs dispositifs recouvrant chacun une partie des causes de décès liés à l'usage de drogue. Il s'agit des décès :

- par surdose lorsque le décès fait l'objet d'une procédure judiciaire (OCRTIS) [Tableaux épidémiologiques n° 5 et n° 6]. Cette source statistique ne couvre que les décès qui sont portés à la connaissance des services de Police ou de gendarmerie nationale, elle ne comprend pas les décès par surdose des ressortissants français constatés à l'étranger et les décès intervenus en milieu hospitalier.

Depuis 1995, le nombre de décès par surdose constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue (- 80 % entre 1995 et 2003). Cette tendance est vraisemblablement due à la conjonction de l'introduction des traitements de substitution, l'existence de structures et dispositifs de réduction des risques, la modification des produits consommés et de leurs modalités de consommation parmi les usagers. La majorité des décès par surdose constatés par les forces de l'ordre sont liés à l'héroïne mais depuis maintenant deux ans la cocaïne et les médicaments (dont le Subutex® et la méthadone) occupent une place de plus en plus importante.

- par pharmacodépendance (CepiDc-INSERM) [Tableau épidémiologique n° 5]. Cette catégorie rend compte de l'ensemble des décès pour lesquels le certificat de décès mentionne une pharmacodépendance. Pour des raisons liées au circuit de l'information, elle recense mal les surdoses qui rejoignent souvent le groupe des décès de cause mal définie. Le nombre des décès par pharmacodépendance n'a cessé de décroître de 1995 à 2000.

- avec présence sanguine de substances psychotropes : le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances - AFSSAPS) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et permet donc d'identifier les décès non déclarés à l'OCRTIS ou l'INSERM. Encore très limitée dans l'espace, et en cours d'installation ce dispositif permet surtout pour l'instant de montrer la non exhaustivité des deux précédents.

- liés au SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (InVS). Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est en baisse depuis 1994. La part de ces décès dans l'ensemble des décès par sida s'est stabilisée depuis 1998 entre 22 et 27 %.

Faute d'une enquête de cohorte répondant aux critères fixés par l'OEDT (recrutement d'usagers en centre de traitement), l'OFDT a réalisé une étude de cohorte à partir de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. Les valeurs des Ratios standardisés de mortalité (RSM) montrent que les hommes interpellés pour usage d'héroïne/cocaïne/crack ont globalement un risque 5 fois plus élevé de décéder que l'ensemble des Français de sexe masculin ; ce risque est 9,5 fois plus élevé pour les femmes. L'étude montre une baisse significative de la mortalité parmi les personnes interpellées pour héroïne/cocaïne/crack entre les deux périodes d'inclusion (1992/93 et 1996/97), les taux de mortalité calculés sur les 4 années qui suivent l'interpellation passant de 10,3 à 6,2 pour mille personne années. Cette chute coïncide avec l'introduction des trithérapies antivirales, le développement d'une politique de réduction des risques en France et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (Lopez et al., 2004).

Morbidité liée à l'usage de drogues :

1. Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité somatique observée. Les estimations de prévalences parmi les usagers de drogues reposent sur :

- des prévalences déclarées du VIH, VHB et VHC : enquête dite « de novembre » à partir des patients fréquentant les CSST (Tellier, 2001) et l'enquête auprès des usagers

de structures de « première ligne » (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004) [Tableau épidémiologique n° 9].

Les prévalences déclarées du VIH, VHC et VHB varient selon les études et les modes de consommation adoptés par les usagers (injection, sniff). Il existe un défaut de dépistage chez les personnes les plus jeunes et chez les personnes ne s'injectant pas. La positivité au VIH déclarée par les personnes fréquentant les structures de « première ligne » s'étant injectées au cours de leur vie est d'environ 14 % contre environ 4 % chez les personnes ne s'étant jamais injectées. Pour le VHC la prévalence déclarée chez le même public s'étant injecté au cours de la vie est de 55 %.

– des prévalences biologiques du VIH et VHC auprès d'usagers de la ville de Marseille : l'enquête Coquelicot (Emmanuelli et al., 2003). Cette étude, destinée à évoluer vers un système d'information national met en évidence l'écart existant entre prévalence déclarée et mesurée de l'hépatite C, notamment parmi les plus jeunes. Une deuxième édition a eu lieu en 2004 dans 5 agglomérations auprès de 1500 usagers.

- les estimations d'incidence s'appliquent aux cas de SIDA et d'infection par le VIH. La notification des cas de sida (InVS) existe depuis le début des années 1980 et est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisé a été mis en place en 2003 par la circulaire de la direction générale de la santé –DGS- (n°2003/60 du 10 février 2003), rendant obligatoire également la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH.

Le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est en baisse constante depuis 1994 (1 377 en 1994 contre 166 en 2003), tout comme sa part dans l'ensemble des cas de sida déclarés (36 % en 1991, 19 % en 1997 et 12 % en 2003). Le nombre de cas de sida diagnostiqués chez les UDVI, montre une évolution similaire quel que soit le sexe, avec un nombre de cas masculins toujours plus élevé que le nombre de cas féminins (environ 3 hommes pour une femme).

2. Co-morbidités psychiatriques : les quelques travaux existants en France ne permettent pas de tirer des conclusions consistantes sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues (Wieviorka, 2003).

3. Autres pathologies liées à l'usage de drogues : il n'existe pas de recueil d'information systématisé concernant les autres pathologies qui peuvent accompagner ou découler de l'usage de drogues (autres complications infectieuses, complications cardiovasculaires, traumatismes...). L'enquête menée dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures de « première ligne », fournit des indications sur leur perception de leur état de santé ainsi que l'apparition de certaines pathologies (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004). Les manifestations pathologiques sont plus fréquentes chez les personnes en plus grande précarité. Un tiers des personnes enquêtées déclarent s'être senties en mauvais ou très mauvais état de santé physique. Près de 70 % déclarent avoir souffert de fatigue au cours de mois écoulé, 44 % d'une perte de poids, 4 % d'une surdose, 2 % d'ictère. La fréquence des complications déclarées liées à l'injection a également été estimée.

4. Conduite : la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool. Le dépistage du conducteur est obligatoire en cas d'accident mortel ou corporel mais il peut également être pratiqué lors d'un accident quelconque de la circulation, d'une infraction au code de la route ou encore lorsqu'il y a plusieurs raisons plausibles de soupçonner un usage de stupéfiants (OFTD, 2005a).

6.1 Mortalité liée à l'usage de drogues

Décès par surdoses (OCRTIS)

En 2004, 69 décès par surdose ont été identifiés par les services de police et de gendarmerie (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005). Parmi ces décès, trois sont considérés comme des décès accidentels.

Vingt trois décès sont dus à l'héroïne (dont 10 où l'héroïne est associée à d'autres produits), 14 sont dus à la cocaïne (dont 5 décès où la cocaïne est associée à d'autres substances).

Vingt et un décès sont des surdoses de médicaments : 4 liés au Subutex® (seul et associé), 10 liés à la méthadone (seule et associée), 3 liés à des médicaments divers (seuls ou associés) et dans 4 cas le médicament n'a pas pu être identifié.

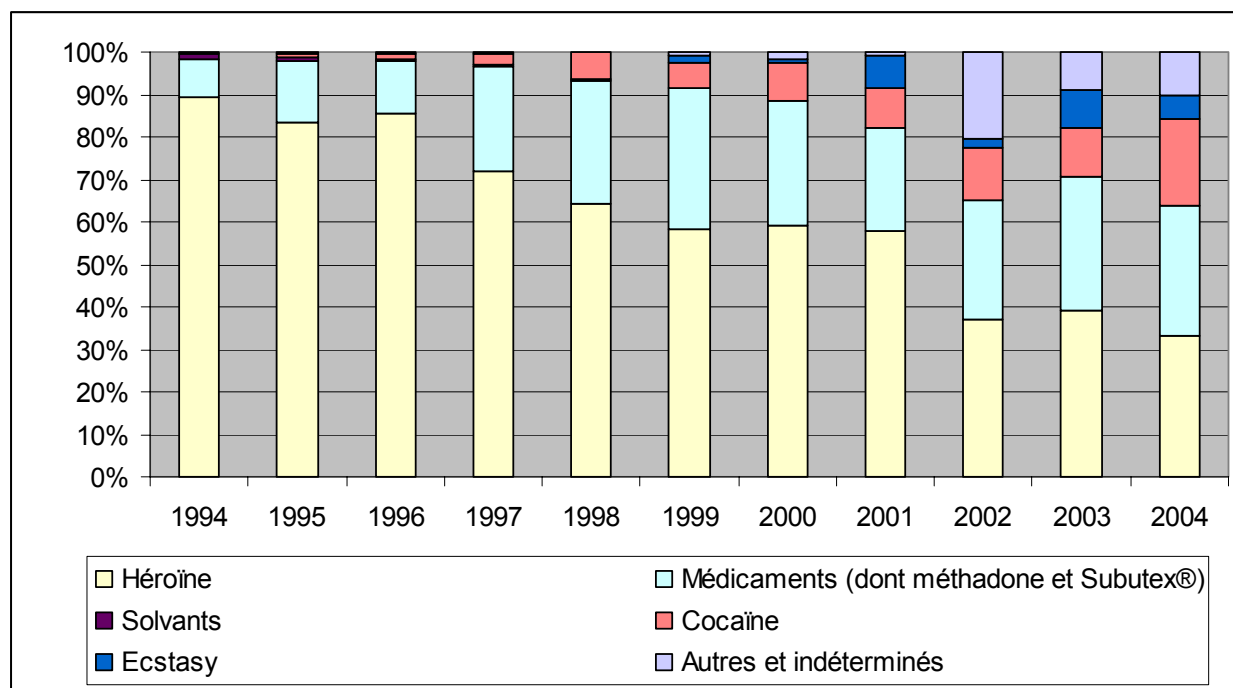
En 2004, 4 décès sont rattachés à la consommation d'ecstasy (contre 8 en 2003 et 2 en 2002). Un décès par surdose lié à la consommation d'amphétamines a également été notifié.

Dans un cas, l'OCRTIS mentionne que le cannabis était présent en association avec l'alcool.

Enfin, dans une situation le(s) produit(s) à l'origine du décès sont restés indéterminés.

Dans la continuité des tendances observées depuis la fin des années 1990, la part des décès mettant en cause l'héroïne est en décroissance alors que celles liées à la cocaïne ou aux médicaments sont en augmentation.

Graphique 3 : Évolution de la part de certaines substances psychoactives dans l'ensemble des décès par surdose constatés par les forces de l'ordre, 1994-2004



Source : OCRTIS, exploitation OFDT.

Enfin, en plus de ces 69 décès, les services répressifs ont également eu connaissance de 2 décès de personnes de nationalité française survenus à l'étranger. Le premier au Vietnam où la substance en cause est l'héroïne ; le second aux Pays-Bas a été causé par l'éclatement d'une boulette de cocaïne ingérée.

Responsabilité des traitements de substitution dans une sélection de décès

Entre 1997 et 2000 plus de 1 600 investigations toxicologiques ont été réalisées dans le laboratoire de toxicologie de la préfecture de police de Paris, parmi elles, des cas ont été

détectés avec de la buprénorphine (34) et de la méthadone (35). Les médecins légistes ont essayé de déterminer pour ces cas quel était le rôle des médicaments de substitution dans le décès : « responsabilité claire », « responsabilité possible », « pas de rôle causal », « pas d'explication pour le décès ». Dans l'ensemble des cas, sauf un, buprénorphine et méthadone ont été détectées en association avec d'autres substances psychoactives. Il s'avère que la buprénorphine et la méthadone sont directement impliquées dans respectivement 4 cas de décès (12 %) et 3 cas (9 %) (Tableau 15). Leur participation dans la létalité est fortement possible dans 8 cas (buprénorphine) et dans 11 cas de décès additionnel (méthadone) (Pirnay et al., 2004).

Le recensement de ces cas de décès est à rapprocher du nombre de personnes substituées avec ces deux produits sur la période. Entre 70 000 et 85 000 personnes ont reçu du Subutex® en 2002 (60 000 à 70 000 étaient dans un processus de traitement), alors que 10 000 à 17 000 étaient substituées à la méthadone. L'étude faite par le laboratoire de toxicologie de la préfecture de police de Paris ne permet cependant pas de faire des conclusions solides sur le potentiel toxique de chaque substance, l'analyse n'étant pas représentative au niveau national et tous les facteurs de confusion n'ayant pas été pris en compte (antériorité du traitement, conditions de délivrance, drogues associées lors du traitement, passé toxicomane...).

Tableau 15 : Responsabilité de la BHD et de la méthadone comme cause du décès, 1997-2002

	BHD 34 cas	Méthadone 35 cas
Concentration à un niveau toxique	12	14
Responsabilité claire	4	3
Responsabilité possible	8	11
Concentration à un niveau non toxique	22	21
Pas de responsabilité	18	13
Pas d'explication pour le décès	4	8

Source : (Pirnay et al., 2004).

Registre national des causes de décès

Selon le protocole établi par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)²⁸, 155 décès liés à l'usage de substances psychoactives ont été enregistrés dans le registre national des causes de décès en 2001. Pour les hommes, la majorité des décès (60 %) a lieu entre 19 et 34 ans, alors que chez les femmes, ils interviennent entre 35 et 64 ans (59 %).

Parmi les causes de décès les plus fréquentes, chez les hommes comme chez les femmes on trouve le syndrome de dépendance à d'autres produits ou à des drogues multiples (code F19.2 ; représentant 80 % de l'ensemble des codes sélectionnés pour les deux sexes), suivi de très loin par le syndrome de dépendance aux opiacés (code F11.02 ; 13 % chez les hommes et 12 % chez les femmes).

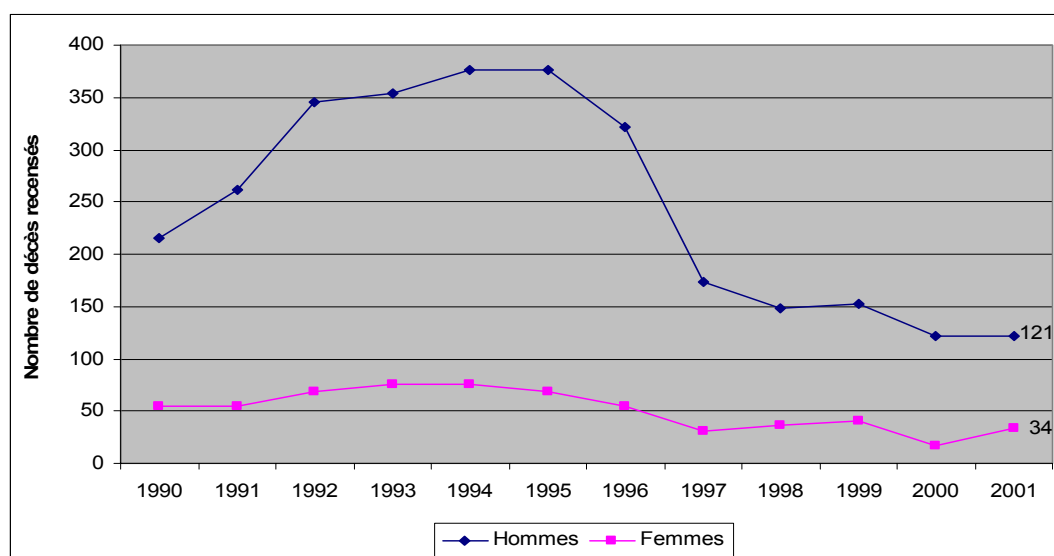
Les conséquences du changement du codage de causes médicales de décès²⁹ sur les données nationales de mortalité et plus particulièrement les causes liées à l'usage de

²⁸ Pour plus de détail se reporter à la page : <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>. L'indicateur présenté est la sélection B du protocole établi pour les registres nationaux de mortalité : il correspond à la sélection de certaines causes de décès liés à l'usage de substances psychoactives (Drug related deaths – DRD) codés en CIM10.

²⁹ Passage de la codification en CIM9 à la CIM10 à partir des décès intervenus en 2000. La CIM10 constitue une évolution importante de la classification puisqu'elle comporte 12 000 codes alors que la CIM9 en comportait environ 6 000. L'utilisation de la CIM10 permet notamment de coder des pathologies comme le sida ou de caractériser plus précisément d'autres maladies comme les hépatites.

substances psychoactives a été réalisée par l'INSERM (Pavillon et al., 2005; Pavillon et al., 2004). Ce type d'information est indispensable pour les utilisateurs de données de mortalité analysant les tendances temporelles de décès par cause. En effet, les évolutions de tendances peuvent être dues soit au changement de classification soit au changement du mode de codage³⁰.

Graphique 4 : Évolution de la mortalité liée à l'usage de drogues selon la définition adoptée par l'OEDT, par sexe, 1990-2001



Source : registre national des causes de décès, INSERM, Cépi-DC.

Pour se faire, un échantillon aléatoire des décès de 1999 (soit 53 869 décès) a été codé en routine en CIM9 selon la procédure habituelle et parallèlement codé en CIM10 par le logiciel de codage en utilisant comme modèle la liste européenne de codage des causes de décès (équivalences CIM8-CIM9-CIM10). Les résultats des deux codages ont ensuite été comparés, les divergences étant exprimées en ratio ou en différence absolue.

Pour les décès liés à l'abus de substances psychoactives (notamment rubrique 30 de la liste européenne), les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 16 : Décès liés à l'abus de substances psychoactives, en CIM9 et en CIM10, 1999

Chapitre	CIM9 (1)	CIM10 (2)	Ratio (1)/(2)
V. Troubles mentaux et du comportement	1 673	1 822	1,09
Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	298	334	1,12
Pharmacodépendance, toxicomanie	36	17	0,47
XVI. Symptômes et états morbides mal définis			
Causes inconnues ou non précisées	344	613	1,78
XVII. Causes externes de blessure et d'empoisonnement	4 488	4 290	0,96
Intoxications accidentelles	78	110	1,41

Source : INSERM-CépiDC, (Pavillon et al., 2005).

³⁰ Le codage des causes médicales de décès et la sélection de la cause initiale du décès sont beaucoup plus complexe en CIM10, c'est pourquoi l'INSERM-CépiDC a dû passer d'un codage manuel à un codage automatique pour traiter les 540 000 décès annuels en France.

Plus particulièrement pour les décès codés en pharmacodépendance selon la CIM9 (36 cas) : seulement 17 décès codés en CIM9 (codes 304-305) se retrouvent codés dans la rubrique équivalente en CIM10 (codes F11-F16 et F18-F19) soit une différence de 19 cas (53 %) (Tableau 17). Au niveau des données annuelles cela correspond à une diminution de 190 décès.

Les 24 cas codés dans la rubrique 30 en CIM9 mais codés dans d'autres rubriques en CIM10 se répartissent ainsi : 13 cas dans les « troubles mentaux » (chapitre V, 54 %), 5 cas dans « appareil respiratoire » (chapitre VIII, 21 %), 5 cas en « causes externes » (chapitre XVII, 21 %), 1 cas dans « appareil circulatoire » (chapitre VII, 4 %). Les 13 divergences dans le cas des « troubles mentaux » sont dues au changement de révision de la CIM et concernent uniquement certains décès liés à l'abus de substances licites :

- les intoxications aiguës classées en « pharmacodépendance, toxicomanie » en CIM9 (305.0) sont classés en CIM10 en « abus d'alcool » (F10.0) ;
- le tabagisme classé en « pharmacodépendance, toxicomanie » en CIM9 (305.1) est classé en CIM10 dans la rubrique « autres » du chapitre V (F17.9).

Les autres modifications intervenues sont en majeure partie dues au changement de mode de codification.

Tableau 17 : Analyse détaillée de la répartition des décès « pharmacodépendance et toxicomanie » en CIM9 et CIM10, 1999

			Rubrique 30 (codes F11-F16 et F18-F19)	CIM10 Autres	Total
CIM9	Rubrique 30 (codes 304-305)	30	12	24	36
	Autres		5		
	Total		17		

Source : INSERM-CépiDC, (Pavillon et al., 2005).

Décès par sida des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)

Depuis 1998, la part des UDVI parmi l'ensemble des personnes décédées par sida est relativement stable, entre 20 et 27 %.

Tableau 18 : Décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
UDVI	204	196	136	119	177	112	86
Ensemble des décès	769	708	620	583	662	476	385
Part UDVI	26,5%	27,7%	21,9%	20,4%	26,7%	23,5%	22,3%

* données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

6.2 Maladies infectieuses liée à l'usage de drogues

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

Entre 2003 et 2004 plus de 6 000 nouvelles infections au VIH ont été notifiées en France. La contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) représente seulement 3 %

de ces nouvelles infections (le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel : dans 50 % des cas chez les hommes et 97 % des cas chez les femmes).

Tableau 19 : Notification de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH, 2003-2004

	2003			2004			Total		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
UDVI	18	62	80	13	50	63	31	112	143
Ensemble des nouveaux cas	1481	1930	3411	1182	1709	2891	2663	3639	6302
Part UDVI (sur total connu)	1,5%	3,9%	2,9%	1,4%	3,6%	2,7%	1,4%	3,8%	2,8%

Source : système de notification de l'infection à VIH, InVS.

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI est en baisse continue depuis le milieu des années 1990. La proportion de nouveaux cas de sida parmi les UDVI dans l'ensemble des nouveaux cas recensés reste stable en 2004 par rapport aux deux années précédentes.

Tableau 20 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
UDVI	355	308	246	255	201	166	150
Ensemble des nouveaux cas de Sida	1 940	1 832	1 726	1 660	1 614	1431	1252
Part UDVI	18,3%	16,8%	14,3%	15,4%	12,4%	11,6%	12,0%

* données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

Prévalence de la séropositivité VIH en France

Les enquêtes de séroprévalence ayant été interrompues en France après 1997, la méthode directe d'estimation n'a pu être mise en place au-delà de cette année mais par la méthode de rétrocalcul il est possible de faire des estimations jusqu'à l'année 2000 (Desenclos et al., 2005).

Par la méthode directe, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) a été estimée en 1997 à :

Tableau 21 : Prévalence du VIH chez les UDVI en 1997 (méthode directe)

UDVI qui pratiquent l'injection					
Age	Effectif	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence déclarée*	Nombre** de personnes VIH+	IC à 95 %**
< 25 ans	N=12 800	4 % (1 % - 10 %)		N=500	10 – 1 000
>= 25 ans	N=87 200	22 % (19 % - 25 %)		N=19 200	14 600 – 23 800
UDVI qui ne pratiquent plus l'injection					
Age	Effectif	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence observée***	Nombre** de personnes VIH+	IC à 95 %**
< 25 ans	N=10 700	2 % (1 % - 5 %)		N=200	10 – 400
>= 25 ans	N=48 300	16 % (14 % - 18 %)		N=7 700	4 200 – 11 300
Ensemble des UDVI VIH+				N=27 600	21 700 - 33 600

IC : Intervalle de confiance

* Enquête dans les programmes d'échange de seringues, 1998

** Nombre arrondi à 100 près

*** Enquête centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement, 1997

Source : (Desenclos et al., 2005).

Avec la méthode de rétrocalcul en considérant un risque relatif de décès pré-sida de 10 pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, l'incidence cumulée de l'infection à VIH a été calculée :

Tableau 22 : Estimation de l'incidence cumulée et de la prévalence du VIH en 2000

Population	Incidence cumulée de 1977 à 2000	Prévalence 2000	en	Risque relatif des décès pré-sida	Nombre de périodes	% de prise en charge
UDVI	29 200 (23 300 – 38 100)	20 200 (14 300–29 100)		$\Psi_1=10$ et $\Psi_3=10$	2	100
Totale	125 900 (90 000-205 600)	88 200 (52 300-168 000)				

Ψ_1 = risque relatif de mortalité pré-sida des personnes séropositives par rapport à celles séronégatives jusqu'en juin 1995
 Ψ_3 = idem Ψ_1 après janvier 1998

Source : (Desenclos et al., 2005)

Incidence et facteurs de risques de transmission de l'hépatite C parmi les UDVI

Une estimation de l'incidence et des facteurs de risques de transmission du VIH et de l'hépatite C (VHC) dans une cohorte d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) a été menée dans le Nord de la France (Lucidarme et al., 2004).

La cohorte prospective a été suivie pendant 12 mois (visites médicale tous les 3 mois). Les personnes éligibles étaient des usagers de drogues qui s'étaient injectés au moins une fois dans leur vie, dont la sérologie au VHC étaient supposée négative, et recrutées entre 1999 et 2000 dans des centres de soins du Nord et de l'Est de la France. Ainsi, 326 personnes ont pris part à l'enquête mais seulement 165 ont été intégrées dans la cohorte (car positives au VHC ou avec un statut sérologique inconnu) et 66 ont été perdues de vues pendant le suivi.

Pendant l'année de suivi, aucun cas de transmission du VIH n'a été recensé. Le taux d'incidence brut de l'infection VHC est 9,0/100 Personnes année (PA) (IC à 95 % : [4,54 – 13,4]) dans l'ensemble de la cohorte et de 11/100 PA (IC à 95 % : [4,7 – 17,1]) parmi les usagers qui se sont injectés au moins une fois dans les 6 mois qui précèdent l'inclusion dans la cohorte.

Le risque relatif de séroconversion associé au partage de n'importe quel équipement nécessaire à la consommation est de 3,6 (IC à 95 % : [0,43 – 29,2]). Le risque d'infection au VHC est 18 fois (IC à 95 % : [2,2 – 148,7]) plus grand pour le partage du coton, 3,6 fois (IC à 95 % : [0,4 – 29,2]) plus grand lors du partage d'une coupelle et 4,7 (IC à 95 % : [0,5 – 40,3]) plus grand lors du partage de l'eau. Lors du partage de seringues, le risque relatif de séroconversion est entre 8,4 et 8,6.

Les auteurs en concluent que dans les régions françaises étudiés, le risque de transmission de l'hépatite C reste très élevé chez les UDVI. Afin de réduire ce risque, l'accès à du matériel stérile à un coût moindre, voire gratuitement, est nécessaire.

Prévalence VIH, VHC et VHB parmi les usagers problématiques

Les résultats de l'édition 2004 de l'enquête Coquelicot réalisée dans 5 villes françaises ne seront connus qu'à la fin de l'année 2005. Au début de l'année 2006, l'enquête « usagers première ligne » réalisée par TREND/OFDT devrait associer le prélèvement d'échantillons salivaires au recueil de données déclaratives pour la mesure de la prévalence des infections à VIH, VHC et VHB dans 4 villes non concernées par l'enquête Coquelicot.

Une enquête de prévalence des marqueurs sanguins des hépatites B et C a été réalisée de 2003 à 2004 auprès d'un échantillon national d'assurés sociaux du régime général (environ 85 % de la population). Les assurés tirés au sort étaient invités à bénéficier d'un examen général de santé dans leur centre de sécurité social. Le taux d'acceptation a été de 9 %

conduisant à un échantillon d'environ 15 000 personnes volontaires. L'auto-sélection des participants peut constituer un biais.

Parmi les personnes déclarant un usage actuel ou passé de drogues par voie intraveineuse, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC est de 55,5 % vs 0,63 % dans le reste de l'échantillon. Quatre vingt quatorze pour cent des usagers de drogues par intraveineuse (UDVI) positifs connaissent leur statut. La comparaison avec la même étude menée dix ans auparavant sur l'hépatite C montre que la prévalence de l'hépatite C a stagné en 10 ans, mais que la connaissance de sa sérologie a plus que doublé dans la population générale, s'accroissant davantage encore chez les UDVI. Le taux de prévalence de l'anticorps HBc qui témoigne d'une infection passée par le virus de l'hépatite B, guérie ou non s'élève à 55,9 % chez les UDIV contre 8,0 % chez les non utilisateurs de drogues (INVS/CNAMTS/CETAF, 2005).

Dispositif de surveillance des hépatites B aiguës

La déclaration obligatoire des infections aiguës par le virus de l'hépatite B a été introduite en France en 2003 après avoir été suspendue en 1985. Les premiers résultats de cas déclarés entre le 1er mars 2003 et le 1er avril 2004 sont disponibles.

Cent cinquante huit cas d'hépatites aiguës ont été recensés sur la période, pour 145 d'entre elles, les facteurs de risques étaient renseignés. Le risque le plus répandu est le risque sexuel (40,6 % des cas), l'usage de drogues ne représente que 6,2 % des nouveaux cas (5,5 % par intraveineuse et 2,8 % par voie pernasale).

En comparant ces pourcentages à ceux récoltés par le réseau Sentinelles entre 1991 et 1994, une diminution de la transmission par usage de drogues est notée : 6,2 % des cas en 2003 contre 19 % dans Sentinelles qui pourrait s'expliquer par un meilleur suivi des recommandations de vaccination des usagers de drogues (Antona et al., 2005). En effet selon l'enquête Coquelicot menée en 2001-2002, 42 % des usagers de drogues auraient reçu au moins une dose de vaccin (Emmanuelli et al., 2003).

6.3 Co-morbidités psychiatriques

Pas de nouvelle information disponible

6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues

Mélange Cocaïne-Atropine

Entre novembre 2004 et mai 2005, 19 cas confirmés et 7 suspects (soit 26 cas au total) d'intoxication après une consommation sniffée ou injectée de poudre contenant un mélange de cocaïne et d'atropine³¹, ont été identifiés en France dans 5 régions : Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Ile de France, Franche-Comté et Midi-Pyrénées. Des cas similaires d'intoxication ont également été signalés aux Pays-Bas, en Italie et en Belgique entre novembre et décembre 2004 (OFDT, 2004c).

L'identification de ces cas a immédiatement fait l'objet d'une alerte sanitaire et d'un communiqué de presse de la Direction générale de la santé le 17 décembre 2004, relayés par la presse nationale (au total il y aura deux alertes de la DGS). On ignore si le mélange est arrivé sur le marché de manière accidentelle ou intentionnelle. Entre 1999 et 2004, parmi les échantillons de cocaïne analysés par le dispositif SINTES (au nombre de 147) aucun ne contenait d'atropine.

Les personnes ayant consommé de la cocaïne contenant une forte proportion d'atropine ont présenté des manifestations psychiatriques et/ou neurologiques aiguës.

³¹ Molécule utilisée en médecine notamment dans le traitement de certains problèmes cardiaques.

Les échantillons de poudre cocaïne-atropine ne présentent aucune caractéristique permettant une identification à l'œil nu. Le taux d'atropine contenu variait de 12 à 70 %. Un « rail » de 150 mg d'une poudre à 33 % d'atropine équivaut à 50 mg d'atropine. Si le taux de résorption au niveau de la muqueuse nasale n'est pas connu, la relation de 1 à 50 entre la dose thérapeutique maximale par voie veineuse et la dose contenue dans un tel « rail » entraîne avec certitude une surdose en atropine et donc une multiplicité de symptômes en lien avec le système nerveux végétatif. Une intoxication peut entraîner en outre, une agitation avec confusion mentale et des hallucinations et peut aller jusqu'à une dépression respiratoire (OFDT, 2004c).

Conduite

Résultats de l'enquête « stupéfiants et accidents mortels de la sécurité routière » (SAM)

En l'absence de données épidémiologiques fiables concernant l'impact d'une consommation de stupéfiants dans les accidents de la route, la loi relative à la sécurité routière du 18 juin 1999 et son décret d'application du 27 août 2001 ont instauré la recherche systématique de ces produits (cannabis et ses dérivés, opiacés, cocaïne et amphétamines) chez les conducteurs impliqués dans un accident immédiatement mortel de la circulation routière. Cette recherche, financée par le ministère de la santé et coordonnée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), a été confiée à un groupe de chercheurs pluridisciplinaire³² (Laumont et al, 2005; OFDT, 2005b).

Du 1er octobre 2001 au 30 septembre 2003, tous les conducteurs impliqués devaient être soumis à un test de dépistage urinaire. En cas d'impossibilité ou de dépistage positif, un prélèvement sanguin était effectué en vue de la recherche de stupéfiants³³. Ces résultats étaient joints aux procédures habituelles des forces de l'ordre qui effectuaient également la recherche d'une alcoolémie supérieure au seuil légal de 0,5 g/l de sang. Plus de 10 000 procédures ont ainsi été réunies, impliquant environ 17 000 conducteurs. Après élimination de l'ensemble des procédures incomplètes, l'étude a retenu 10 748 conducteurs impliqués dans 7 458 accidents mortels.

Parmi ces 10 748 conducteurs impliqués dans un accident mortel, on en dénombre 853 (7,9 %) positifs aux stupéfiants, dont 751 au cannabis (7,0 % du total). Faute de conducteurs positifs suffisamment nombreux, les effets des amphétamines, de la cocaïne et de l'héroïne n'ont pas pu être valablement analysés (50 conducteurs positifs aux amphétamines, 22 à la cocaïne et 91 aux opiacés, seuls ou associés à un autre produit). Des études complémentaires s'avèrent nécessaires.

Sur les 751 conducteurs positifs au cannabis, 40 % présentent également une alcoolémie supérieure au taux légal. Même si ce n'est pas son objet principal, l'étude permet par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis (au dessus du seuil de détection de 1 ng/ml) parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,9 %.

En comparant les conducteurs responsables des conducteurs non responsables en tenant compte de certains facteurs de confusion (autres stupéfiants, alcool, âge, type de véhicule, moment de l'accident, etc...), l'étude montre que les conducteurs sous influence du cannabis (toutes concentrations de THC confondues) ont 1,8 fois plus de risques (IC à 95 % : [1,4-2,2]) d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs.

En outre, l'étude permet, pour la première fois, de mettre en évidence que le risque de responsabilité augmente avec la concentration de THC. Cet effet-dose plaide pour

³² Groupe SAM : Ceesar, LAB PSA Peugeot-Citroën/Renault, Inserm, INRETS et OFDT ; sous la responsabilité scientifique de Bernard Laumon (INRETS/UCBL/InVS UMRESTTE).

³³ Le dépistage urinaire était considéré comme positif aux amphétamines à partir d'une concentration de 1 000 ng/ml d'urine, à la cocaïne ou aux opiacés à partir de 300 ng/ml, et au cannabis à partir de 50 ng/ml en Δ^9 tétrahydrocannabinol acide (THC-COOH). Le dosage sanguin était considéré comme positif aux amphétamines ou à la cocaïne à partir d'une concentration de 50 ng/ml de sang, de 20 ng/ml pour les opiacés et de 1 ng/ml de Δ^9 tétrahydrocannabinol (THC) pour le cannabis.

l'existence d'une relation causale. En effet, le risque d'être responsable de son accident passe de 1,6 si le conducteur se situe en dessous du niveau de 1 ng/ml, à 2,1 s'il se situe au delà de 5 ng/ml.

Toutes concentrations confondues, la fraction d'accidents mortels attribuable à une positivité au cannabis est de l'ordre de 2,5 % (IC à 95 % : [1,5-3,5]). Le nombre annuel de victimes directement imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 180 tués, sur une base de 6 000 accidents mortels par an. Par ailleurs, l'étude fait apparaître que, même s'il n'est pas responsable, le risque de décès d'un conducteur est augmenté par sa positivité au cannabis³⁴. Le nombre annuel de victimes imputable à cette vulnérabilité spécifique des conducteurs sous cannabis serait de l'ordre de 50 tués. Ainsi, le nombre annuel de victimes imputable au cannabis, soit directement par une plus fréquente responsabilité de l'accident, soit indirectement par une plus grande vulnérabilité, serait de l'ordre de 230 tués (Tableau 23).

Ces chiffres peuvent être comparés à ceux liés à la consommation d'alcool, issus de la même enquête, calculé avec les mêmes méthodologies. Concernant l'alcool, 2 251 conducteurs impliqués dans un accident mortel, soit 20,9 % du total (7 % pour le cannabis), sont au dessus du taux légal d'alcoolémie. L'estimation de la prévalence alcool chez les conducteurs « circulants » se situe à 2,7 % (2,9 % pour le cannabis), un résultat conforme à celui fourni par d'autres études.

En matière de responsabilité d'un accident mortel, les conducteurs sous influence de l'alcool (tous taux confondus) ont 8,5 fois plus de risques d'en être responsables que les conducteurs négatifs (IC à 95 % : [7,1-10,1] ; pour le cannabis, le sur risque est de 1,8) (Tableau 23). Enfin, au total, sur une base de 6 000 accidents mortels par an, 2 270 décès seraient imputables à l'alcool.

Tableau 23 : Risque d'être responsable d'un accident mortel de la route (odds ratio et intervalle de confiance à 95 %) et décès imputables au cannabis et à l'alcool

Concentrations sanguines	Odds ratio (OR)	IC à 95 %	Décès annuels imputables
Cannabis (ng/ml) ⁽¹⁾			
THC ≥ 0 ng/ml	1,8	[1,4-2,2]	230
Alcool (g/l) ⁽²⁾			
Négative	-	-	
< 0,5	2,7	[2,1-3,4]	
0,5-0,8	6,3	[3,7-10,6]	
0,8-1,2	7,6	[4,75-12,0]	
1,2-2,0	13,1	[9,1-19,0]	
≥ 2,0	39,2	[22,6-68,3]	
Ensemble	8,5	[7,1-10,1]	2 270

(1) OR ajustés sur l'alcool, l'âge, le type de véhicule et le moment de l'accident

(2) OR ajustés sur le cannabis, l'âge, le type de véhicule et le moment de l'accident

Source : enquête SAM « stupéfiants et accidents mortels de la circulation », 2005.

Autres informations sur la conduite sous l'emprise de stupéfiants

Les premiers dépistages pratiqués sur les conducteurs ont eu lieu à partir du 2^{ème} semestre de l'année 2003, contrôles effectués uniquement par la Police nationale (OFDT, 2005a). En 2004, le dispositif a été étendu à l'ensemble des forces de police (police nationale, gendarmerie, préfecture de police de Paris).

³⁴ Sous réserve d'une hypothèse d'implication causale qui reste à approfondir : être sous l'influence de cannabis pourrait avoir pour conséquence l'adoption de comportements à risques tels que, par exemple, le non port de la ceinture de sécurité.

Lorsque le dépistage est positif aucune information n'est disponible sur le type de produit en cause. La mise en place de ce dispositif de contrôle pose la question des outils à utiliser pour dépister les stupéfiants (se reporter à la section 7).

En 2003, sur plus de 2 000 dépistages réalisés 16 % se sont révélés positifs, contre 22 % en 2004 sur un total de 15 900 (Tableau 24) (DLPAJ/CSR, 2005). Le taux de positivité varie sur les deux années et selon les circonstances du dépistage (soupçon, accident, infraction). Il faudra attendre encore quelques années pour avoir une idée claire de la consistance de ces chiffres d'autant que les raisons du contrôle pour « soupçon d'usage » restent floues.

Selon l'enquête menée auprès des usagers fréquents de cannabis, un consommateur sur trois (35 %) reconnaît avoir souvent conduit un véhicule dans les 4 heures suivant une prise de cannabis. Un autre tiers (36 %) déclare avoir parfois pris le volant durant l'année après avoir fumé (Bello et al., 2005b).

Tableau 24 : Dépistage de l'usage de stupéfiants sur les routes et taux de positivité, 2003-2004

	2003 ⁽¹⁾		2004 ⁽²⁾	
	Nombre	% positifs	Nombre	% positifs
Dépistages réalisés	2 138	16 %	15 905	21,9 %
en cas de :				
Soupçon d'usage	59	44,1 %	5 144	36,5 %
Accident (mortel, corporel, matériel)	1 415	12,4 %	9 563	11,0 %
Infraction	661	21,6 %	1 198	45,7 %

(1) réalisés uniquement entre juillet et décembre 2003 par la police nationale.

(2) réalisés sur l'ensemble de l'année par l'ensemble des forces de l'ordre (police nationale, gendarmerie, préfecture de police de Paris)

Source : DLPAJ/CSR, Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

Cannabis et grossesse

Une équipe de recherche française a démontré le rôle régulateur des récepteurs aux cannabinoïdes dans le développement cérébral du fœtus et suggère ainsi que la consommation de cannabis pendant la grossesse pourrait retarder le développement du cerveau in utero.

Le THC doit son action psychotrope à son interaction avec des récepteurs aux cannabinoïdes de type 1 (CB1). Si les récepteurs CB1 sont trop activés, sous l'effet d'une trop grande quantité de cannabinoïdes, l'effet de frein est puissant et l'activité des réseaux de neurones ralentit considérablement, voire s'arrête. Ainsi la consommation de cannabis est susceptible de diminuer fortement l'activité cérébrale du cerveau chez les fœtus et par conséquent de nuire à la bonne construction du cerveau. On ignore par contre s'il existe un effet de seuil, un terrain génétique ou une période critique durant la gestation (Bernard et al., 2005 ; INSERM, 2005).

7. Réponses aux problèmes sanitaires

Réponses aux problèmes sanitaires : contexte général

Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues : il n'existe pas en France de politique nationale ou d'interventions spécifiques à la réduction des surdoses. L'accès aux traitements de substitution ainsi que le dispositif de réduction des risques sont, de fait, des moyens indirects de prévenir la mortalité liée à l'usage d'opiacés. Se reporter au [Questionnaire structuré n°29] pour plus de détails.

Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues :

La politique de réduction des risques se définit comme l'ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par les virus du SIDA et des hépatites mais également les problèmes et complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues. Principalement, il s'agit de prévenir les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse et à l'injection de produits réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, surdoses, septicémies).

En France, le dispositif repose sur des actions de prévention visant à faciliter l'accès au matériel d'injection stérile et à la diffusion de messages préventifs ainsi qu'à l'accès au dépistage parmi une population à haut risque.

Les actions sont en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé bénéficiant souvent du soutien de l'État ou des collectivités locales.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- la vente libre de seringues en pharmacies (vendues sans prescription depuis 1987) ;
- les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® (225 au total en 2002) ou récupérant des seringues usagées (153 en 2002) ;
- les programmes associatifs d'échange de seringues (PES) au nombre de 118 en 2001 ;
- les « boutiques » ou lieux de contact pour usagers de drogues (40 en 2001) ;

Globalement, le dispositif de réduction des risques couvre la majeure partie du territoire français (87 départements couverts)

Le dépistage est théoriquement facilité par l'existence de centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), au nombre de 386 hors prison et 109 en prison (en 2002). Il existe un plan de lutte contre les hépatites B et C (2002-2005) dont les principaux objectifs sont : la baisse des transmissions, l'amélioration du dépistage et du système de soins ainsi que l'accès aux traitements, le renforcement de la recherche clinique, de la surveillance et de l'évaluation. La prévention des contaminations par la voie sniffée, controversée en France, mais dans laquelle certaines associations sont impliquées, mais est peu soutenue par l'état.

Le Questionnaire structuré n°23 [mesures de réduction des risques pour la prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogues] permet d'avoir une vision globale des axes politiques choisis, des interventions qui en découlent et qui sont effectivement mises en place en France.

Les lieux où des seringues sont disponibles ainsi que l'estimation des quantités distribuées sont consignés dans le Tableau épidémiologique n°10.

Interventions liées aux comorbidités psychiatriques : il n'existe pas de service strictement spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues présentant des pathologies psychiatriques associées ; certains hôpitaux psychiatriques ont développé depuis quelques années une activité de prise en charge des toxicomanes mais ils restent rares. Depuis 1998, trois différentes circulaires émanant de la Direction générale de la santé (DGS) ont eu pour objet d'améliorer la prise en charge, en préconisant une coopération accrue entre les services concernés (CSST, service psychiatrique hospitalier...) mais les collaborations restent ponctuelles (Wieviorka, 2003).

7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues

Pas de nouvelle information disponible

7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

En mars 2004 un séminaire a été organisé par l'Institut nationale de prévention et d'éducation à la santé (INPES) en collaboration avec la MILDT et la DGS afin d'identifier les solutions les plus efficaces pour réduire l'incidence des hépatites en France dans la population des usagers de drogues (UD).

L'objectif fixé par le séminaire était d'essayer d'apporter des réponses à certaines questions : comment agir avant l'injection ? Comment optimiser la prévention de proximité ? Comment atteindre les personnes plus marginalisées ? Ainsi que d'essayer de comprendre les connaissances et représentations du VHC chez les UD et les professionnels de santé.

Des propositions ont été faites en termes d'information, de formation, de dépistage, de soins et d'actions transversales. Notamment :

- associer les UD à l'élaboration et l'évaluation des actions, outils et messages et soutenir les actions associatives promues par les usagers et les patients ;
- adapter les actions, outils et messages aux spécificités des sous-groupes d'UD ;
- travailler l'accès aux soins et aux droits sociaux comme passerelles vers les réinsertion voire la sortie de la toxicomanie ;
- actualiser et valider régulièrement le contenu scientifique des messages ;
- communiquer sur le « poids » de l'hépatite C en France et positiver les messages ;
- assurer des formations aussi bien pour les intervenants que pour les pairs au sein de la communauté des UD ;
- encourager les réseaux de prise en charge entre soignants ;
- assurer un accompagnement thérapeutique et social.

En plus des propositions émises, les participants du séminaire soulignent qu'un effort de tous les acteurs est indispensable pour construire des actions novatrices et les mettre en œuvre (INPES, 2004).

7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques

Pas de nouvelle information disponible

7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire conséquent à l'usage

Pas de nouvelle information disponible

8. Conséquences sociales

Conséquences sociales : contexte général

Exclusion sociale : la situation sociale et économique des usagers de drogues peut être appréhendée à travers les caractéristiques socioéconomiques relevées lors de leur passage dans des structures d'accueil (CSST ou structures de « première ligne »). Leur niveau de précarité est variable suivant le type de structures fréquentées. Les usagers se rendant les structures de « première ligne » se caractérisent par une désinsertion sociale plus grande que ceux rencontrés dans les CSST : plus de chômeurs (50 % vivent des aides sociales parmi les consultants en structure « première ligne », contre environ 30 % en CSST), mode d'hébergement plus précaire (40 % en « première ligne » vs 30 % en CSST), plus de célibataires et moins de parents ayant des enfants à charge...

La reconstitution des trajectoires, du système de vie et du rapport aux risques des usagers (en particulier d'héroïne) permet de comprendre les contextes et les processus de précarisation à l'œuvre (fragilité économique et sociale, déscolarisation, affaiblissement des solidarités), concomitants de l'installation d'une problématique de toxicomanie dans la vie des individus. Pour Bouhnik et Touzé (1996), la précarisation des conditions de vie des usagers associée à la répression et aux incarcérations réitérées contribuent à l'amplification des conduites à risques. Selon, Jamouille (Jamouille, 2001), les usagers doivent affronter plusieurs formes de précarité : économique, sociale et citoyenne, sanitaire et psychologique.

Parmi les sans-abri, la toxicomanie est généralement antérieure à la désocialisation de l'individu (Dabit et Ducrot, 1999; Declerck et Henry, 1996; La Rosa, 1998). Inversement, l'exclusion engendre un vif sentiment de déclassement qui est susceptible de pousser un individu vers la toxicomanie dès lors qu'il n'a pas choisi délibérément la marginalité. Mais les substances peuvent également être un moyen de supporter la violence générée par la vie dans la rue : « le recours aux produits psychoactifs apparaît comme un moyen de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce » (Joubert, 2003).

Délits et criminalité liés à l'usage de drogues : suivant les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur en France, toute personne qui consomme et/ou détient et/ou se livre à un trafic de ces substances s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. L'utilisateur simple peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération.

Les données pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et facilement accessibles. En revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vision complète du traitement des infractions, du stade de l'interpellation jusqu'à celui de la condamnation et éventuellement, de l'exécution de la peine.

Les interpellations pour ILS sont classées en deux grandes catégories : usage simple et trafic (décomposé en usage-revente, trafic local et trafic international) [Tableau épidémiologique n°11].

Les condamnations enregistrées par le Casier Judiciaire national (CJN) rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions mais par convention, les condamnations sont présentées selon l'infraction principale. Les catégories statistiques utilisées sont les suivantes : usage illicite de stupéfiants, aide à l'usage par autrui, détention/acquisition, fabrication/emploi/transport, offre et cession, détention/acquisition, importation/exportation, autres ILS.

Depuis 2003, la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est un délit (loi n° 2003-87 du 3 février 2003, NOR: JUSX0205970L). Le délit est passible de 2 ans d'emprisonnement et 5 000 € d'amende pour seul usage de stupéfiants. La peine est aggravée lorsqu'une consommation d'alcool concomitante est constatée. Le dépistage est obligatoire pour tous les conducteurs impliqués dans un

accident mortel et systématique, si suspicion de consommation, dans le cas d'accidents corporels. Les contrôles peuvent également être pratiqués de manière aléatoire.

Usage en prison [Tableau épidémiologique n°12] : Une étude menée en 2003 montre que 33 % des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage au cours de l'année précédant l'incarcération (Mouquet, 2005) ; en population générale, les consommations régulières de drogues illicites représentent en 2002 6 % des 18/25 ans et 2 % des 26/44 ans (Beck et al., 2002). Ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'usagers de drogues comparativement à la population générale.

Les études existantes montrent que l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions moindres, pendant l'incarcération (Rotily, 2000). En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se sont développées en milieu pénitentiaire. D'une façon générale, on observe un transfert relatif des consommations de drogues illicites et rares vers les médicaments (Stankoff et Dherot, 2000).

Ces consommations de stupéfiants, qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, risques d'accidents en cas d'association des médicaments à d'autres produits, états de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques. De surcroît, les personnes détenues constituent une population qui, du point de vue des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, cumule les facteurs de risque. Le faible accès aux soins de cette population et plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a souvent été confrontée avant l'incarcération (absence de domicile stable, de régime de sécurité sociale) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection apparaît importante au sein de cette population précarisée, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclaraient une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 (Mouquet et al., 1999) ; en 2003, seuls 2,6% des entrants déclaraient pratiquer l'injection (Mouquet, 2005) . Selon les études, 60 à 80 % des détenus cesse de s'injecter en détention. Toutefois, ceux qui poursuivent, même s'ils réduisent la fréquence des injections, semblent être plus gros injecteurs, aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants.

Enfin, les détenus semblent plus touchés par les maladies infectieuses qu'en population générale. Les données les plus récentes permettent d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. Comme à l'extérieur toutefois, la prévalence du VIH en prison a reculé alors que celle de l'hépatite C connaît une forte progression.

Coût social des drogues : la dernière estimation disponible date de 2000 et est basée sur des chiffres de 1995 (Kopp et Fenoglio, 2000). Ce coût s'élèverait, hors coût de consommation et en considérant les drogues illicites seulement, à 2 0352 millions d'euros, ce qui équivaut à 0,16 % du PIB national.

Le coût social des drogues se répartit entre : les pertes de revenus et de production (45,7 %), les dépenses des administrations publiques (36,3 %), les dépenses de santé (11,4 % ; principalement le coût conséquent à la prise en charge du Sida et les coûts entraînés par le Subutex®), les pertes de prélèvements obligatoires et les autres coûts supportés par les agents privés.

8.1 Exclusion sociale

Pas de nouvelle information disponible

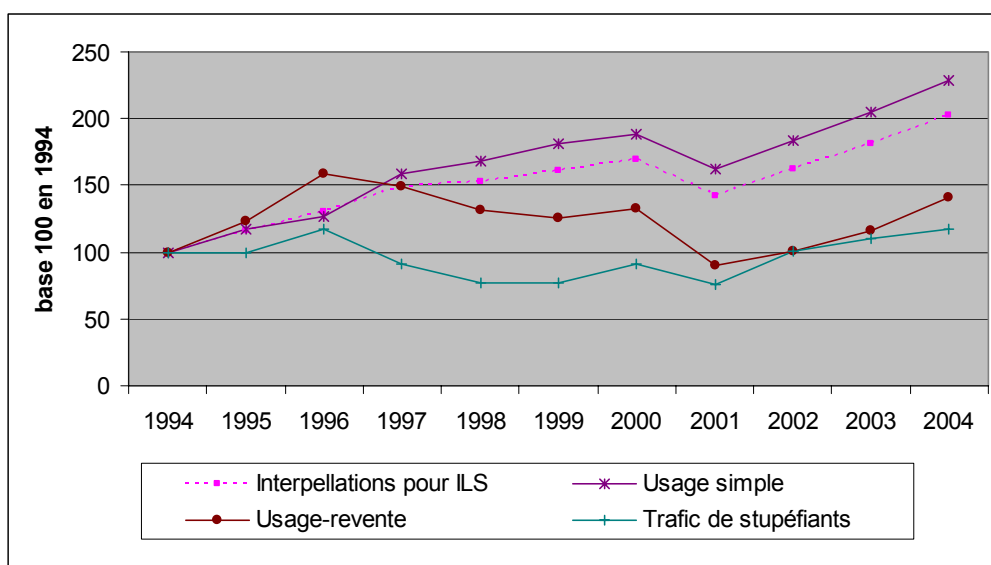
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues

Interpellations pour infraction à la législation sur les drogues

En 2004, les services de police, de gendarmerie et des douanes ont réalisé 121 256 interpellations pour ILS, soit 12 % de plus qu'en 2003 (et + 26 % par rapport à 2002) (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005). Parmi les différentes catégories d'interpellation, toutes sont en augmentation par rapport à l'année précédente et en particulier les interpellations pour usage et usage revente (respectivement + 11,7 % et + 21 % entre 2003 et 2004) (Graphique 5).

L'usage de drogues reste le motif d'interpellation principal : 101 278 interpellations, soit 84 % des interpellations pour ILS en 2004, proportion équivalente à celle des quatre dernières années.

Graphique 5 : Évolution des catégories d'interpellation, 1994-2004



Lecture : l'évolution des catégories d'interpellation est montrée ici en prenant comme année de référence 1994 (base 100) ; les évolutions annuelles des catégories d'interpellation sont donc calculées sur la base d'un indice 100 en 1994 : un chiffre inférieur à 100 indique une baisse par rapport à l'année de référence alors qu'un chiffre supérieur à 100 indique une hausse.

Source : FNAIS, OCRTIS.

On recense 11 599 interpellations pour usage-revente, deuxième motif d'interpellation (10 % de l'ensemble des interpellations pour ILS). Les interpellations pour trafic se décomposent en : 1 336 interpellations pour trafic international et 7 043 pour trafic local (soit 7 % de l'ensemble des interpellations pour ILS). Dans la continuité des tendances des dernières années, les interpellations pour usage concernent majoritairement le cannabis mais le poids de ce produit est moins marqué dans les interpellations pour usage-revente et pour trafic (Tableau 25).

En ce qui concerne les produits, les évolutions notables de l'année 2004 par rapport à l'année précédente sont les suivantes :

- augmentation des interpellations pour médicaments (+ 65 % pour usage, + 126 % pour usage revente, + 86 % pour trafic). Dans cette catégorie on trouve le Subutex® et la méthadone mais également le Skenan®, moscontin, fentanyl, rohypnol, des barbituriques ou benzodiazépines ;
- baisse marquée pour toutes les catégories d'ILS pour crack ;
- augmentation des interpellations pour usage-revente de cocaïne (+ 50 %) ;

- augmentation des interpellations pour usage-revente et trafic d'ecstasy (respectivement + 31 % et + 22 %).

Tableau 25 : Interpellations pour ILS par produit, 2004

	Usage	% en colonne	Usage revente	% en colonne	Trafic	% en colonne	Total	% en colonne
Cannabis	91705	90,5%	9017	77,7%	4653	55,5%	105375	86,9%
Héroïne	3730	3,7%	918	7,9%	987	11,8%	5635	4,6%
Cocaïne	2458	2,4%	698	6,0%	1786	21,3%	4942	4,1%
Crack	744	0,7%	151	1,3%	313	3,7%	1208	1,0%
Ecstasy	1659	1,6%	542	4,7%	471	5,6%	2672	2,2%
Médicaments ⁽¹⁾	324	0,3%	179	1,5%	85	1,0%	588	0,5%
Autres	658	0,6%	94	0,8%	84	1,0%	836	0,7%
Total	101278	100%	11599	100%	8379	100%	121256	100%

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, moscontin, fentanil, rohypnol, valium....

Source : FNAILS, OCRTIS.

Parmi les usagers interpellés en 2004, l'âge moyen est globalement stable depuis 1996 (environ 23 ans), de même que la part des mineurs impliqués dans les affaires (2 à 3 % pour les moins de 15 ans, 10 % pour les 16-17 ans dans l'ensemble des personnes interpellées). L'âge moyen de l'utilisateur varie suivant la substance en cause : 22,5 ans en 2004 pour les usagers de cannabis, 24 ans pour les usagers d'ecstasy, 29 ans pour les usagers de cocaïne et d'héroïne, 33,6 ans pour les usagers de crack. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les employés (12 % de l'ensemble des interpellés), les ouvriers (22 %), les étudiants et lycéens (27 %), les personnes sans professions ou dont la profession est indéterminée (34 %). Comme pour l'âge moyen, il existe des différences de distribution en fonction du produit en cause dans l'interpellation.

La comparaison des caractéristiques des usagers interpellés pour usage de cannabis et des usagers déclarés de cannabis dans les enquêtes en population générale révèle des différences marquées : au niveau de l'âge, du sexe mais également de la situation socioéconomique (Peretti-Watel et al., 2004). Les usagers interpellés sont plus jeunes et de sexe masculin et plus souvent au chômage ou sans emploi que les usagers de cannabis des enquêtes. À titre d'exemple : parmi les usagers interpellés en 1999, 93,1 % sont des hommes contre 67 % parmi les usagers dans l'année ; l'écart entre les deux chiffres est similaire pour l'année 2001.

Si les enquêtes en population générale illustrent la diversité des usagers de cannabis, les statistiques policières démontrent que les consommateurs les plus exposés à l'interpellation sont loin d'épuiser cette diversité. Les données d'interpellations qui concernent le cannabis ne sont donc pas représentatives des usagers de cannabis mais reflètent uniquement l'activité des services répressifs et leurs stratégies d'action.

Condamnations pour infraction à la législation sur les drogues

Selon les statistiques provisoires disponibles (SDSED), l'ensemble des condamnations pour ILS prononcées en 2003 représentent 26 796 condamnations, soit une hausse de 20 % par rapport aux condamnations prononcées en 2002. Parmi les délits, les condamnations dues aux infractions sur les stupéfiants sont celles qui ont connu la hausse la plus forte.

Parmi les peines prononcées, 6 338 l'ont été pour un usage illicite (contre 4 803 l'année précédente). C'est, en proportion, le type d'ILS où l'augmentation des condamnations est la plus importante. Cette hausse est d'autant plus significative qu'elle interrompt une évolution à la baisse amorcée en 2000.

S'agissant de la structure des peines, on enregistre une augmentation des peines d'emprisonnement ferme (qui avaient tendance à refluer), au détriment des peines de

substitution mais sans qu'on puisse apprécier l'impact de l'usage des procédures rapides sur ces évolutions³⁵.

Tableau 26 : Condamnations pour ILS (en infraction principale) suivant la nature de l'infraction, 2001-2002

	2002 (révisé)	2003 (provisoire)	Répartition en 2003 (%)	Évolution 2002-2003 (%)
Ensemble des délits	376 115	411 373		9,4%
Ensemble des ILS	22 135	26 796	100,0%	21,1%
usage illicite de stupéfiants	4 707	6 338	23,7%	34,7%
détention, acquisition	8 942	10 909	40,7%	22,0%
offre et cession	2 241	1 911	7,1%	-14,7%
commerce, emploi, transport	4 284	5 497	20,5%	28,3%
trafic (exportation - importation)	1 500	2 017	7,5%	34,5%
aide à l'usage par autrui	54	55	0,2%	1,9%
autres ILS	49	69	0,3%	40,8%

Note : les chiffres sont révisés d'une année à l'autre et ils restent provisoires pour l'année en cours (d'où des écarts avec les extractions demandées au service statistique du ministère)

Source : Casier Judiciaire national (SDSED- ministère de la Justice).

Incarcérations pour infraction à la législation sur les drogues

La nouvelle version du fichier national des détenus est entrée en vigueur en 2003. Les chiffres de 2003 ne sont donc pas comparables à ceux des années précédentes.

En 2003, 9 659 personnes ont été incarcérées pour une ILS³⁶, qu'elle soit seule ou en association, sur un total de près de 80 000 incarcérations. L'infraction la plus fréquente est celle du commerce/emploi/transport (présente dans 3 081 incarcérations, soit 32 % des incarcérations pour ILS), suivie par l'usage de stupéfiants (retenue pour 2 652 personnes incarcérées au cours de l'année, soit 27,5 % des incarcérations pour ILS).

En 2004, le nombre d'entrants en prison pour une ILS est en augmentation, soit 10 708 personnes, représentant environ 12 % des entrants pour l'ensemble des infractions en 2004 (Tableau 27).

Au 1^{er} janvier 2004, on comptait 4 412 condamnés incarcérés pour une ILS. Au 1^{er} janvier 2005, ce chiffre était de 5 262. En considérant les prévenus et les condamnés, le nombre de détenus pour ILS au 1^{er} janvier 2004 se monte à 7 799 (soit 13,5 % de l'ensemble des détenus) et à 8 663 au 1^{er} janvier 2005 (soit 14,6 % de l'ensemble des détenus).

Soumission chimique

L'enquête nationale de suivi des cas de soumission chimique³⁷ avait pour objectif d'identifier les substances utilisées, de définir les contextes des agressions ainsi que le mode opératoire des agresseurs et enfin d'évaluer les conséquences cliniques chez les victimes (AFSSAPS et CEIP de Paris, 2005).

³⁵ Le service statistique du ministère de la Justice ne publie plus les données de condamnation par type de comparution alors que le pourcentage de condamnations prononcées en l'absence du condamné (condamnations par défaut ou contradictoire à signifier) est un élément essentiel d'appréciation des évolutions, notamment en matière de structure des peines. Il n'est pas impossible que la hausse des condamnations notamment à l'emprisonnement soit la conséquence inéluctable et combinée de l'échec de mesures alternatives et de l'emploi de procédures rapides de comparution.

³⁶ La catégorie retenue est une ILS de rang 1 qui se rapproche le plus de « l'infraction principale ».

³⁷ La soumission chimique se définit comme l'administration à des fins criminelles (viol, actes de pédophilie) ou délictuelles (violences volontaires, vols) d'un ou plusieurs produits psychoactifs à l'insu de la victime.

Parmi les 258 cas étudiés entre juillet 2003 et mars 2005, 119 peuvent être considérés comme des cas de soumission chimique avérés. Les faits surviennent au domicile de la victime ou de l'agresseur (48 %) ou dans un lieu festif (22 %). Les femmes sont plus souvent victimes que les hommes et près d'une sur six (13 %) est encore mineure. Lors de ces agressions, elles ont été plus fréquemment agressées sexuellement et les hommes généralement volés.

Les substances les plus couramment utilisées dans ces cas sont les anxiolytiques et les hypnotiques (famille des benzodiazépines, 60 % des cas), en général ajoutés à des boissons alcoolisées ou non ; les anesthésiques et en particulier le GHB couramment dénommé « drogue du viol » sont peu utilisés (6 cas seulement pour le GHB) (Tableau 28). La consommation volontaire d'alcool (49 %) et de cannabis (36 %), fréquemment retrouvée chez les jeunes, est un facteur important de vulnérabilité et accentue les effets sédatifs et désinhibiteurs des substances administrées par l'agresseur.

Cette enquête sera reconduite en 2005.

Tableau 27 : Nombre et répartition des personnes incarcérées pour ILS, 2003-2004

	2003		2004	
	Nombre	Répartition	Nombre	Répartition
Usage	2 652	27,5 %	3 051	28,5 %
Cession	619	6,4 %	576	5,4 %
Détention	1 132	11,7 %	1 230	11,5 %
Trafic	371	3,8 %	334	3,1 %
Aide à l'usage	12	0,1 %	17	0,2 %
Blanchiment	48	0,5 %	51	0,5 %
Commerce/emploi/transport	3 081	31,9 %	3 742	34,9 %
« Proxénétisme de la drogue »	57	0,6 %	41	0,4 %
Recel de biens venant ILS	7	0,1 %	6	0,1 %
Recel de sommes venant ILS	1	0,0 %	1	0,0 %
ILS autres	128	1,3 %	235	2,2 %
ILS sans précision	1 551	16,1 %	1 424	13,3 %
Total ILS	9 659	12,1 %	10 708	12,4 %
Total infractions	79 921		86 068	

Note : les données reproduites dans le tableaux correspondent aux entrants du 1er janvier au 31 décembre de l'année ayant une infraction pour ILS de rang 1.

Source : Fichier national des détenus (FND - ministère de la Justice).

Tableau 28 : Familles de substances retrouvées dans les cas de soumission chimique, 2003-2005

Famille	Substances les plus fréquentes ⁽¹⁾	Nombre de cas
Benzodiazépines	Clonazépam, Bromazépam, Oxazépam, autres	100
Anti-histaminiques / Sédatifs	Doxylamine, Hydroxyzine, autres	20
Analgésiques	Dextropropoxyphène, autres	9
Anesthésiques	GHB	9
Antidépresseurs		6
Diverses substances	Quinidine	4
Substances médicamenteuses	non MDMA et dérivés, amphétamines, cocaïne	15

(1) liste non exhaustive

Source : (AFSSAPS et CEIP de Paris, 2005, p.10-12)

Conduite

Se reporter également à la section 6 pour connaître les résultats de l'enquête épidémiologique « stupéfiants et accidents mortels de la circulation » (SAM).

Dépistage de l'usage de stupéfiants sur les routes : quels outils ?

Bien que le dépistage de l'usage de stupéfiants sur la route soit acquis par la loi du 3 février 2003, sa mise en application est loin d'être évidente, le principal obstacle étant l'utilisation de tests fiables et faciles à réaliser sur le bord des routes. À l'heure actuelle, le dépistage s'effectue par test urinaire, procédure lourde car elle nécessite notamment la présence sur place d'un médecin, test qui doit ensuite être confirmé par une analyse de sang (en cas de test urinaire positif, la personne est donc conduite à l'hôpital pour une prise de sang). En effet, l'analyse d'urine ne permet pas de dater précisément la consommation de cannabis et seul le contrôle sanguin postérieur au contrôle urinaire permet de préciser si le conducteur était sous l'influence de stupéfiants au moment du test.

L'adoption d'un test de dépistage salivaire pour effectuer les contrôles est en cours de discussion car le test urinaire est peu pratique à faire effectuer aux conducteurs par les forces de l'ordre et coûteux. Seulement dans le cas particulier du cannabis, la fiabilité du test de dépistage salivaire n'est pas garantie (alors que la détection de l'héroïne, de la cocaïne ou de l'ecstasy avec ce même test ne pose pas de problème). « Même si la communauté des toxicologues est très favorable au dépistage dans la salive, la généralisation de ces tests est prématurée et ne correspond absolument pas à une réalité scientifique [...] Ce test, n'est efficace que dans 10 % à 15 % des cas. C'est catastrophique. Si on généralise ces tests, les consommateurs de cannabis sauront très rapidement que le dispositif ne marche pas » (Kintz, 2005).

Pour le moment deux régions pilotes effectuent des contrôles avec différents tests salivaires (l'Île de France et la région Centre), un bilan complet de ces expériences devrait être disponible d'ici la fin de l'année 2005. Parallèlement, l'AFSSAPS devrait rendre ses conclusions sur ces tests, condition nécessaire pour valider leur utilisation sur les routes.

Le coût d'un test salivaire reste cependant onéreux : entre 15 et 20 €. De plus, chaque analyse de sang réalisée pour confirmer un cas positif est facturée 216 € à l'État.

Infractions constatées suite à la conduite après un usage de stupéfiants

C'est en 2003 que la nouvelle législation a été adoptée. Pendant l'année 2004, l'activité de dépistage des forces de l'ordre sur la route s'est étalée sur toute l'année, ce qui explique la différence importante du nombre d'infractions constatées entre les deux années (se reporter à la section 6.4 pour connaître le nombre de dépistages effectués sur les routes).

Il faudra attendre au moins encore une année supplémentaire pour avoir une idée plus claire de l'impact de cette nouvelle législation, et surtout de son importance. En l'absence de l'adoption d'outils de dépistage simples (voir précédemment), il paraît difficile d'envisager une augmentation très importante du nombre d'infractions constatées par rapport aux chiffres de 2004.

Si plus de 2 000 infractions ont été constatées en 2004, il faut également savoir, que pendant la même période, le gouvernement a particulièrement axé sa communication sur ce nouveau dispositif législatif, et mis l'accent sur la répression des conduites « à risques » au volant (alcoolémie, stupéfiants, vitesse).

Tableau 29 : Nombre et répartition des infractions constatées pour conduite après un usage de stupéfiants, 2003-2004

	2003 ⁽¹⁾		2004 ⁽²⁾	
	Nombre	Répartition	Nombre	Répartition
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants	70	24,7 %	1 577	71,1 %
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	208	73,5 %	528	23,8 %
Refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants	5	1,8 %	112	5,1 %
Total	283	100 %	2 217	100 %

(1) dépistages de l'infraction sur les routes réalisés uniquement entre juillet et décembre 2003 par la police.
(2) dépistages de l'infraction réalisés sur l'ensemble de l'année par l'ensemble des forces de l'ordre (police nationale, gendarmerie, préfecture de police de Paris)

Source : DLPAJ/CSR, Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

8.3 Usage en prison

Première étude épidémiologique sur la santé mentale en prison

Face à l'insuffisance des données épidémiologiques nationales, le ministère de la Santé a décidé, en collaboration avec le ministère de la Justice, de réaliser une étude en trois phases sur la santé mentale des personnes détenues. La première phase de l'étude a consisté en une étude transversale visant à évaluer la prévalence des troubles mentaux en population carcérale : elle s'est appuyée sur un échantillon représentatif de 1 000 personnes incarcérées, dont 800 hommes tirés au sort dans 23 établissements pénitentiaires de la France métropolitaine interrogés entre juillet 2003 et septembre 2004 par l'intermédiaire des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) (Fassilard et Rouillon, 2004). Des symptômes psychiatriques ont été relevés chez 40 % d'entre eux, essentiellement des troubles addictifs et des troubles anxieux. Un quart des détenus souffrent de troubles mentaux liés à l'utilisation de toxiques

Les entretiens ont été conduits par des psychiatres, qui ont utilisé l'outil d'évaluation épidémiologique de la dépendance, le « Mini international neuropsychiatric interview (Mini) », avant de se livrer à un second entretien clinique.

Ainsi, dans l'échantillon interrogé :

- 8 % des détenus présentaient un abus ou une dépendance aux substances illicites ;
- 31 % présentaient un abus ou une dépendance à l'alcool.

Avant leur incarcération, 6 % des personnes détenues en métropole ont été suivies par le dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8 % par celui de lutte contre l'alcoolisme.

En s'appuyant sur une enquête épidémiologique antérieure, menée sur 2 300 entrants en prison en juin 2001, l'étude a évalué à 55 % la proportion de personnes souffrant d'au moins un trouble psychiatrique, de gravité plus ou moins importante. Sur cette population souffrante, plus de la moitié présenterait des troubles addictifs (alcool, drogues, ou autres). Sur la base des 799 hommes détenus interrogés en France métropolitaine, les principales prévalences actuelles s'avèrent élevées, bien qu'elles restent à confirmer par une étude sur les primo-incarcérés. Les estimations en population carcérale masculine s'établissent donc à :

- symptômes de dépression : 40 %
- anxiété généralisée : 33 %
- névrose traumatique : 20 %
- agoraphobie : 17 %
- schizophrénie : 7 %

- paranoïa, psychose hallucinatoire chronique : 7 %.

La santé des personnes entrant en prison

L'enquête sur la santé des entrants en prison réalisée en 1997 a été renouvelée en 2003 (Mouquet, 2005). Plus de 6 000 fiches recueillant des informations sur les facteurs de risque pour la santé et les pathologies constatées chez les entrants en maison d'arrêt ont été collectées (données représentatives de la population des entrants en prison). La méthodologie adoptée en 2003 étant similaire à celle de 1997, les résultats des deux enquêtes peuvent être comparés entre eux.

À l'entrée en prison, les médecins jugent l'état de santé général des entrants globalement bon (80 %). Pour 6,0 % des entrants le médecin a prescrit une consultation spécialisée en alcoologie ou psychiatrie pour un motif en relation avec l'alcoolisme (4,0 % en 1997) ; pour 6,3 % une consultation en toxicomanie ou psychiatrie pour un problème d'addiction (contre 6,7 % en 1997).

Plus de trois entrants sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool³⁸ (Tableau 30). Un tiers des détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant leur incarcération, il s'agit le plus souvent de cannabis. Entre 2003 et 1997, la proportion d'entrants déclarant une consommation régulière de cannabis a augmenté alors que celle des utilisateurs d'opiacés ou de cocaïne a baissé, de même que la polyconsommation. L'usage de drogues par voie intraveineuse se raréfie.

À leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes déclarent bénéficier d'un traitement de substitution : il s'agit, dans huit cas sur dix, du Subutex® (Tableau 30).

La prévalence des maladies infectieuses chroniques a baissé entre 1997 et 2003, mais ces résultats purement déclaratifs demeurent fragiles. Alors qu'en 1997, 6,5 % des entrants déclaraient une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C, ce taux s'élève à 4,2 % en 2003. Les entrants qui se sont injectés au moins une fois dans leur vie (6,5 % des entrants) sont plus nombreux à avoir pratiqué des examens de dépistage du sida ou des hépatites ; ils sont aussi plus nombreux à déclarer des résultats positifs³⁹.

Parmi les mineurs⁴⁰ entrant en prison, 4 sur 10 déclarent une utilisation habituelle de drogues illicites dans les 12 mois précédant l'incarcération, il s'agit de cannabis le plus souvent. L'augmentation observée entre les deux enquêtes de la consommation de cannabis (passant d'environ 25 % à environ 38 %) est une tendance également constatée en population générale. L'utilisation régulière d'autres produits (opiacés, stimulants) est relativement rare et concerne 2 % des mineurs entrant en prison. Seuls 1 % déclarent avoir déjà utilisé la voie intraveineuse et aucun ne déclare une séropositivité au VIH, VHB ou VHC.

La prévalence de la toxicomanie parmi les femmes entrant en prison est moins élevée en 2003 qu'en 1997 (respectivement 19 % et 26 %). Comme en population générale, les femmes entrant en prison déclarent une utilisation de substances psychoactives plus faible que les hommes. L'utilisation régulière de drogues illicites dans les 12 mois précédant l'incarcération atteint 19 % chez les femmes contre 34 % parmi les hommes. En revanche, en utilisant la méthode des taux standardisés, les femmes entrant en prison consomment plus que les autres femmes de la population générale. L'utilisation de ces mêmes taux permet de dire que comparativement aux hommes entrant en prison :

- la consommation régulière de drogues illicites est 1,3 fois plus faible chez les entrants femmes ;

³⁸ Définie comme supérieure ou égale à 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes quand elle est régulière ; et supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins 1 fois par mois quand elle est discontinuée.

³⁹ Les prévalences exactes ne sont pas disponibles dans la publication.

⁴⁰ La détention est exceptionnelle avant 15 ans, la majorité des mineurs arrivant en prison sont âgés de 17 ans.

9. Réponses aux problèmes sociaux

Réponses aux problèmes sociaux : contexte général

Intégration sociale : la politique de réduction des risques vise, en plus des problèmes sanitaires, à réduire les problèmes sociaux qui caractérisent le parcours de l'usager de drogues : isolement, errance, ruptures affectives, familiales et professionnelles. Parmi les structures de réduction des risques, les « boutiques » sont des lieux de contact pour les usagers, les « sleep-in » offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers de drogues en situation de grande précarité (4 en 2002). Les équipes de proximité ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues en plus d'être des médiateurs de quartiers (4 en 2001). Les usagers de drogues peuvent également bénéficier d'un accueil dans des structures du dispositif de lutte contre l'exclusion : lits d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), lieux d'accueil de jour, équipes d'assistance mobiles.

Au sein des différentes structures, assistantes sociales, éducateurs spécialisés interviennent auprès des usagers pour faciliter le processus d'insertion.

Voir également le Questionnaire structuré n°28 [intégration sociale].

Un des objectifs fixés par les traitements de substitution, en plus de rapprocher les usagers dépendants du système de soin, est de contribuer à leur insertion sociale. Plusieurs études ont démontré le bénéfice positif après 6 mois à 2 ans de traitement de l'individu : amélioration de l'inscription administrative, meilleure insertion professionnelle, amélioration des conditions de logement (Bilal et al., 2003; Batel et al., 2001 ; Calderon et al., 2001; Duburcq et al., 2000 ; Reynaud et al., 1997 ; Fhima et al., 2001 ; Lavignasse et al., 2002).

Certaines études ont également mis en avant que les traitements éloignent les usagers de la criminalité et des délits quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et économiques de ces usagers (Facy, 1999; Calderon et al., 2001; Henrion, 1995).

Assistance aux usagers en prison :

- prévention des maladies infectieuses : tous les détenus se voient proposer à leur arrivée en milieu carcéral une consultation médicale dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec, en particulier, un dépistage de la tuberculose, un dépistage volontaire et confidentiel de l'infection VIH et, plus récemment de l'hépatite C, ainsi qu'une vaccination contre l'hépatite B. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 établissements pénitentiaires (généralement de taille importante) tandis que les UCSA prennent en charge les soins somatiques.

Cependant, dans un rapport établi pour le ministère de la justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, « les actions de prévention de l'infection du VIH, du sida et des hépatites ne sont pas effectives dans tous les établissements » (Rotily, 2000). Pour l'auteur, trois axes de la politique de réduction des risques doivent être améliorés : l'information et la formation des détenus, l'offre de dépistage (VIH, VHC) et de vaccinations, et la réduction de la surpopulation et de la promiscuité en milieu carcéral.

- réduction des risques : la mise à disposition du matériel d'injection dans les prisons n'est pas prévue par le cadre légal en France : elle entre en contradiction avec l'article D-273 du code de procédure pénale qui prévoit que les détenus ne peuvent garder à leur disposition aucun objet, médicament ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion. Une circulaire de l'Administration pénitentiaire prévoit depuis 1996 la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenus.

Aucun texte de loi n'interdit de façon explicite la pratique du tatouage. De même, réglementairement, des préservatifs doivent être mis à disposition, notamment dans les UCSA des établissements.

- prise en charge et traitement des dépendances : parmi les 186 établissements pénitentiaires présents en France, peu développent un dispositif de soins spécifique pour les toxicomanes. Des antennes toxicomanie existent dans 16 grandes maisons d'arrêt ; des Unités de soins pour sortants (UPS) ont été mises en œuvre dans 7 établissements pénitentiaires à titre expérimental en 1997 (2 ont fermé en 2003); des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont été ouverts dans seulement 3 établissements pénitentiaires. Les 102 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) contribuent à l'objectif de suivi social des détenus et à leur insertion à la sortie de prison ; ils assurent la réintégration sociale des toxicomanes (dont une part ont initié un traitement en milieu carcéral) en les orientant vers des partenaires publics ou associatifs.

La prescription de médicaments de substitution est théoriquement possible en détention dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement à la méthadone ou au Subutex®. Tous les établissements pénitentiaires sont tenus de proposer à l'entrée un traitement de substitution ou une méthode de sevrage aux personnes qui en exprimeraient le besoin (circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996). Le Ministère de la Santé a mené successivement quatre enquêtes annuelles sur les traitements de substitution (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001, février 2004) qui font apparaître que l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, bien que la part de la population pénitentiaire substituée ait augmenté : 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001 et 6,6 % en 2004. Le taux d'interruption de traitements de substitution à l'entrée en prison a notablement baissé, passant de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001.

Il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution (Rotily et al., 2000; Levasseur et al., 2002).

Alternative aux poursuites et peines de substitution :

La priorité conférée par les textes (loi du 31 décembre 1970) au volet médico-social dans la lutte contre les drogues suppose de développer les réponses judiciaires alternatives. En 1993, le dispositif des conventions départementales d'objectifs (CDO) a été lancé pour améliorer l'articulation entre les instances de justice et de santé, de façon à ce que les alternatives aux poursuites à contenu sanitaire (injonction thérapeutique, orientation vers une structure sanitaire et sociale) soient favorisées

La circulaire du Ministère de la Justice du 17 juin 1999 (NOR : JUSA9900148C) a appelé les procureurs de la République à privilégier, dans le traitement pénal des usagers interpellés, la lutte contre le trafic local plutôt que la lutte contre l'usage simple. Ces orientations ont été réaffirmées par la circulaire du Ministère de la Justice du 8 avril 2005 (NOR : JUS D 05-300061 C). Celle-ci préconise une réponse pénale adaptée et diversifiée en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants, ainsi qu'une politique pénale volontariste à l'encontre de toutes les dépendances et des personnes qui, sous couvert d'activités licites, se livrent à du prosélytisme ayant pour effet d'inciter à la consommation de stupéfiants ou d'alcool.

Les enquêtes sociales et de personnalité (sur les individus interpellés) doivent permettre une individualisation de la décision judiciaire et le choix de la mesure la plus appropriée. La diversification des réponses pénales est mise en avant : IT, classement avec orientation, classement sous condition pour les alternatives aux poursuites ; contrôles judiciaires socio-éducatifs avec obligation de soins, liberté surveillée, pour les mesures présentencielles.

Le suivi des peines alternatives à l'incarcération relève du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Le SPIP identifie, au niveau local, et sous le contrôle du juge d'application des peines (JAP), les structures sociales, médicales ou autres, qui permettront l'application des obligations de soins prononcées.

S'agissant des injonctions thérapeutiques, mesure alternative applicable par excellence aux personnes interpellées présentant un problème de dépendance, la tendance nationale est plutôt à la stagnation, malgré de nombreux efforts de relance par voie de circulaire (circulaire Guigou du 17 juin 1999 notamment).

Plus en aval dans le processus pénal, les auteurs d'ILS peuvent bénéficier d'une peine de substitution à la place d'une peine d'emprisonnement ou d'amende : ces peines de

substitution peuvent prendre la forme d'un travail d'intérêt général, de jours-amende, ou d'autres types de mesures. Les données nationales sont parcellaires sur ce point, en ce sens qu'elles ne permettent pas de distinguer la part de ces mesures dont bénéficient les usagers simples de stupéfiants, par exemple. Ce que l'on sait en revanche, c'est que les TIG connaissent un recul national, malgré les préconisations des rapports d'expertise (Warsmann, 2004).

9.1 Intégration sociale

Pas de nouvelle information disponible

9.2 Prévention des délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues

Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive de produits licites ou illicites

L'enquête menée a consisté en la réalisation d'un bilan de l'application de la note interministérielle de 9 août 2001 qui visait à redéfinir les orientations relatives à la prise en charge des personnes incarcérées connaissant des problèmes d'addiction⁴¹ (Obradovic, 2004; Obradovic, 2005). L'objectif était donc de faire une évaluation, partielle, du fonctionnement d'un dispositif administratif deux ans après l'entrée en vigueur d'une note interministérielle. L'enquête s'est attachée à mesurer l'état d'avancement de la réflexion dans chaque département mais également à dégager quelques tendances sur les carences et disparités du dispositif de prise en charge des personnes incarcérées.

Les DDASS (Directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ont été sollicitées par voie de questionnaire : 92 sur 100 ont fourni une réponse exploitable. Les informations recueillies n'émanent donc pas directement des structures pénitentiaires mais elles fournissent des données de cadrage utiles sur les pratiques médicales, les avancées et les défaillances du dispositif sanitaire en milieu carcéral.

Il s'avère que le chantier des protocoles locaux de pris en charge a été largement amorcé puisque la moitié des départements disposaient d'un protocole organisant la coordination entre les services intervenant en prison.

Contrairement aux prérogatives de la note interministérielle, le repérage des situations d'abus ou de dépendance n'est pas systématique pour chaque produit : seulement 60 % des établissements utilisent des outils de repérage au cours de la visite médicale d'entrée (dont la grille de repérage mini-grade).

L'offre de prise en charge est globalement satisfaisante pour les consultations spécialisées toxicomanie (disponibles dans 9 établissements sur 10) et alcoologie (disponibles dans 8 sur 10) mais la couverture des besoins est partielle en termes :

- de traitements de substitution aux opiacés : c'est dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur est le plus fortement mis à mal. Les contraintes inhérentes au fonctionnement carcéral ainsi que le suivi médical en sont les principales raisons ;

⁴¹ Cette note invitait les services pénitentiaires et sanitaires intervenant en milieu carcéral à examiner les besoins de soins au sein de la structure et à définir une organisation des services permettant d'y répondre de façon efficace et coordonnée. Ce schéma d'organisation devait identifier clairement le rôle de chacun de services concernés pour satisfaire à 5 objectifs : repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance en utilisant un outils de diagnostic (« grille mini-grade ») ; proposer une prise en charge adaptée ; développer la prévention notamment des risques associés à la consommation de produits ; favoriser les aménagements de peine ; préparer la sortie des détenus présentant une consommation abusive ou une dépendance.

- d'accessibilité des substituts nicotiniques : essentiellement pour des raisons financières ;
- de mise en place de cellules non-fumeurs (dans seulement 24 % des établissements) ;
- de prise en charge au titre d'une alcoolodépendance : et ce malgré des progrès incontestables mais qui ne couvrent pas encore l'intégralité des besoins et auxquels s'ajoutent des délais d'attentes rédhitoires ;
- d'hébergement de sortants de prison ayant des conduites addictives.

Les difficultés observées proviennent non seulement de l'insuffisance de moyens en personnels et en financement mais également en partie des pratiques professionnelles elles-mêmes quand elles n'ont pas assez évoluées (réticences à la substitution inégalement acceptée, adhésion parfois restrictive à la politique de réduction des risques). Il est donc nécessaire de réaffirmer le rôle de communication, d'animation et de formation des administrations centrales pour continuer à mobiliser les équipes autour d'un discours public actualisé et essentiel de poursuivre l'incitation aux bonnes pratiques en milieu carcéral.

10. Marché et offre

Marché et offre : contexte général

Le dispositif TREND se concentre sur 2 espaces d'observation. L'espace urbain se définit comme les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues (squats, rue...). L'espace festif désigne les événements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée.

Disponibilité et approvisionnement : grâce aux sites d'observation de TREND, l'évolution des petits trafics (au niveau urbain et festif) tout comme l'accessibilité et la disponibilité des produits, peuvent être appréhendés (Bello et al., 2004).

- Le cannabis est le produit illicite le plus facilement disponible et accessible en France.
- L'héroïne est un produit peu disponible et peu visible, cette situation s'est accentuée avec la disparition des scènes ouvertes et la reconversion des petits trafiquants dans la vente de cocaïne, plus rentable.
- La cocaïne sous sa forme « base » est disponible aussi bien dans l'espace festif techno que dans l'espace urbain ; le crack est essentiellement disponible en Guyane, dans les Antilles et dans Paris intra-muros.
- On assiste depuis le début 2000 à une disponibilité accrue de la BHD (Subutex®) sur le marché parallèle.
- Recrudescence en 2003 des achats sur Internet de champignons hallucinogènes, ainsi que de l'autoculture domestique

Au sein de l'espace urbain, depuis 2002, les trafics ont tendance à se déplacer vers des lieux et espaces moins visibles.

Dans l'espace festif techno, les nouvelles réglementations encadrant l'organisation d'événements introduites début 2002 ont contribué à la raréfaction des événements non autorisés type « free-party » au profit de soirées techno commerciales. Ceci a contribué à un certain déplacement du trafic vers le milieu urbain ; les clubs et discothèques, l'espace privé (soirées en appartement), et hors des frontières (Espagne, Belgique).

Saisies : La France est un pays de transit pour des substances destinées notamment aux Pays-Bas, à la Belgique, au Royaume-Uni, à l'Italie et au-delà, et où il est donc difficile de séparer les quantités de drogues destinées au marché intérieur de celles qui ne font que transiter. L'aspect du trafic en France doit donc être abordé en fonction des produits du fait que les pays d'acquisition et de destination varient selon la substance considérée.

Les saisies recensées par les services répressifs (police, douanes, gendarmerie) en France ne constituent qu'un indicateur partiel de l'offre de drogues illicites, parce qu'elles sont directement liées à l'activité des services concernés et parce que le hasard joue un rôle non négligeable dans leurs variations annuelles. Il est donc indispensable d'étudier les évolutions sur de longues périodes.

Le nombre ainsi que les quantités saisies sur le territoire français sont issus du fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) géré par l'OCRTIS. Les tendances observées par produit sont les suivantes :

- depuis la fin des années 1980, une forte croissance des saisies de cocaïne et de crack, qui se prolonge jusqu'à maintenant.
- après une augmentation des quantités d'héroïne saisies dans les années 1980 et jusqu'en 1994, la tendance ensuite orientée à la baisse semble s'inverser à partir de 2002.
- depuis le début des années 1990, le nombre et les quantités saisies d'ecstasy ont cru très fortement alors que l'augmentation des saisies d'amphétamines a été plus modérée.
- quantité et nombre de saisies de LSD sont à la baisse sur la période 1990-2002 après un pic en 1992 et 1993. Les saisies effectuées en 2003 et 2004 laissent pressentir un retour aux niveaux atteints fin 1990-début 2000.

Pour connaître les quantités saisies et le nombre de saisies opérées sur les quatre dernières années se reporter au Tableau épidémiologique n°13.

Prix, pureté : les informations sur les prix et la pureté des produits psychoactifs sont disponibles en France depuis l'année 2000. Ils proviennent des dispositifs d'observation TREND ou SINTES de l'OFDT (Bello et al., 2004).

Dans le Tableau épidémiologique n°14 sont consignés la pureté des produits sur les trois dernières années. La composition et les prix des principaux produits illicites sont dans les Tableaux épidémiologiques n°15 et n°16.

Depuis 2002, l'herbe de cannabis est vendue moins de 5 € le gramme, deux tiers des échantillons analysés contiennent moins de 5 % de tétrahydrocannabinol (THC). La résine de cannabis, environ 6 € le gramme sur le marché (en baisse par rapport à 2002), contient majoritairement entre 5 à 10 % de THC.

Le prix médian de l'héroïne brune en France métropolitaine semble diminuer depuis 2001 mais il existe de fortes disparités locales. Le taux de pureté se situe principalement entre 0 à 20 %. Le prix médian d'un comprimé de 8 mg de Subutex® (BHD) au marché noir est de 3 € depuis 2002 alors qu'il était de 6 € en 2000.

Les prix du chlorhydrate de cocaïne et de la cocaïne basée (crack) sont divers selon les sites et les espaces sociaux d'observation. En France métropolitaine, le prix médian du gramme de chlorhydrate de cocaïne est de 63 € et semble stable depuis 4 ans. Le taux de pureté de la cocaïne saisie est le plus souvent compris entre 60 et 100 %. Les produits de coupe les plus utilisés sont la lidocaïne, la phénacétine et la procaine.

Les « prix ronds » restent la règle pour les comprimés d'ecstasy puisque trois cinquièmes des comprimés sont vendus 10 € à l'unité. L'achat en lot semble devenir plus courant. Le prix du comprimé descend alors facilement en dessous de 5 ou 3 €. En 2003, parmi les comprimés collectés par SINTES, 89 % contiennent de la MDMA et 93 % au moins un amphétaminique. La moyenne est de 54 mg de MDMA par comprimé (vs 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000). Près de 4% des comprimés sont fortement dosés (>100 mg). Le dosage des poudres et gélules contenant de la MDMA est en moyenne le double de celui des comprimés (51 % de MDMA pour les poudres, (33 dosages) ; 53 % pour les gélules (34 dosages) et 24 % pour les comprimés.

10.1 Disponibilité et approvisionnement

Les informations détaillées ci-après relatent des observations faites par le dispositif TREND sur l'ensemble de l'année 2004 (Bello et al., 2005c).

Cannabis

L'herbe et la résine sont les deux formes de cannabis dominantes, toutes deux très aisément accessibles.

Dans les départements français d'Outre Mer (Guyane, Martinique), la forme la plus présente est l'herbe.

L'achat à un trafiquant concerne 60 % des usagers, la culture personnelle 24 % des usagers et les achats à l'étranger 19 %, les achats sur Internet restent minoritaires (Tableau 31). L'autoculture assure à l'utilisateur la qualité de son produit, ce qui expliquerait son attrait.

Héroïne

La disponibilité de la forme brune de l'héroïne (dite brown sugar) est en augmentation à Lyon, Lille, Metz, Rennes, Paris et Toulouse. La forme blanche de l'héroïne est beaucoup plus rare.

Cocaïne

Contrairement au crack, la vente de cocaïne est un phénomène plutôt discret. L'achat groupé et l'usage revente sont les modalités d'acquisition les plus courantes. Dans certaines

ville française, les « infrastructures » de vente de cannabis ont joué un rôle dans la promotion de la cocaïne : par l'intermédiaire de la diversification de l'offre des dealers, par le passage des dealers de cannabis au deal de cocaïne plus rentable avec les mêmes risques.

En France, l'approvisionnement en crack ne peut se faire que sur trois sites : Paris, la Guyane et la Martinique. À ces endroits, le crack est principalement accessible grâce à des scènes ouvertes. Les dealers vendent généralement le produit sous forme préfabriquée conditionnée (« caillou », « galette »...).

Tableau 31 : Modalités d'approvisionnement en cannabis parmi 1 633 fumeurs fréquents de cannabis (% en ligne), 2004

	Jamais	Parfois	Souvent/toujours
Achat à des amis	22,1 %	27,7 %	50,2 %
Cadeaux	34,8 %	38,6 %	26,5 %
Achat à un dealer	40,6 %	25,7 %	33,7 %
Culture personnelle	76,0 %	13,0 %	11,0 %
Achat à l'étranger	81,0 %	15,3 %	3,7 %
Achat sur Internet	98,1 %	1,6 %	0,3 %

Source : « enquête usagers fréquents de cannabis », TREND / OFDT.

Ecstasy

Très disponible et accessible dans l'espace festif techno, la présence du produit est également de plus en plus forte dans l'espace urbain où il deviendrait une substance à part entière dans cet espace, consommé de plus en plus en injection par des usagers n'ayant pas de contact avec l'espace festif.

Les observateurs rapportent également une augmentation de la présence de méthamphétamines dans les clubs et les discothèques.

Champignons hallucinogènes

Se reporter à la section 4.3 sur les usagers de plantes hallucinogènes naturelles.

10.2 Saisies

Plus de 85 000 saisies ont été réalisées par les services répressifs français en 2004, ce nombre est en augmentation continue depuis 1998, tout comme les volumes saisis (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

En 2004, les saisies de cannabis, héroïne, cocaïne, crack et de LSD sont en hausse comparativement à 2003. Les saisies d'amphétamines, d'ecstasy et de méthamphétamines décroissent (Tableau 32).

Les saisies de cannabis sont en forte augmentation pour la résine (78 tonnes en 2003 et plus de 103 en 2004) alors que les saisies de pieds, d'huile et de graines sont en baisse. Trois voies principales d'accès sont utilisées pour introduire la résine de cannabis en France : des acquisitions directes au Maroc, des acquisitions indirectes réalisées au Portugal, en Belgique et aux Pays-Bas, et dans une moindre mesure, des acquisitions effectuées en Algérie. Trente pour cent de la résine saisie était destinée au marché français, le reste à d'autres pays européens (Pays-Bas, Grande Bretagne principalement).

En 2004, 27 % de la cocaïne saisie sur le territoire français, l'a été dans les deux aéroports parisiens (Orly et Roissy) et près de 430 passeurs y ont été interpellés. La cocaïne saisie avait essentiellement pour destination la France, puis l'Italie et les Pays-Bas, enfin, l'Espagne et la Grande-Bretagne.

Le trafic de crack se cantonne essentiellement aux départements français d'outre mer : Guyane, Martinique et Guadeloupe, proches des sources d'approvisionnement en cocaïne et

où la demande pour ce produit est soutenue. Les saisies réalisées sur le territoire français sont presque uniquement à destination des consommateurs nationaux.

Le montant des quantités d'héroïne saisies en 2004 est le plus grand atteint sur les cinq dernières années (557 kg). L'approvisionnement du marché français est assuré par 3 pays : les Pays-Bas, le Pakistan et la Belgique. Le pays de destination est inconnu pour 20 % des saisies mais dans 30 % des cas, l'héroïne avait pour destination la France, l'Espagne dans 16 % des saisies, le Nigeria et le Portugal pour 10 %.

Comme pour les années précédentes, une part importante de l'ecstasy est acquise dans deux pays : les Pays-Bas et la Belgique ; ceci explique que les saisies soient principalement réalisées dans les départements du Nord de la France. Les pays destinataires sont d'abord la Grande-Bretagne (33 % des saisies) et l'Espagne (22 %), devant la France (20 %).

Tableau 32 : Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾
Cannabis (kg) ⁽³⁾		62 172		57 113		82 512	75 770	107 748
résine		58 195		50 836		78 347	63 701	103 705
herbe		3 922		6 146		3 994	10 205	3 932
pieds		41		96		84	1 492	81
huile		3		5		49	26	3
graine		11		30		38	346	26
Héroïne (kg)	2 650	351	2 633	476	2 560	545	2 828	558
Cocaïne (kg)	1 650	2 096	2 048	3 651	2 636	4 172	3 175	4 484
Crack (kg)		6		7		12	761	18
Amphetamines (kg)	111	57	149	151	181	274	252	76
Méthamphétamines (kg)		0		16		4	0	0
Ecstasy (doses)	1 589	1 503 773	1 782	2 156 937	1 864	2 211 727	2 135	1 893 226
LSD (doses)		6718		4262		10 383	101	19 374
		Nb(1)		Nb(1)		Nb(1)		Nb(1)
Ensemble des produits		53 534		65 907		76 124		85 810
Evolution base 100 en 1998		112,4		138,3		159,8		180,1

(1) nombre de saisies effectuées au cours de l'année. (2) quantités saisis au cours de l'année. (3) Entre 2001 et 2003, dans le total des quantités saisis, ne sont comptabilisés que la résine et l'herbe de cannabis

Source : FNAILS, OCRTIS.

10.3 Prix, pureté

Les éléments détaillés ci-après concernent l'année 2004 (Bello et al., 2005c).

Cannabis

Prix

Le prix médian du gramme de résine de cannabis, pour des achats en dessous de 50 grammes, varie entre 3 et 4 € selon les différents sites étudiés. En Martinique, le prix est sensiblement plus élevé qu'en métropole (6,8 €). En fonction de la quantité achetée, le prix médian baisse, ainsi pour un achat entre 50 et 500 grammes, il est de 2,4 € le gramme.

Le prix médian du gramme d'herbe de cannabis, pour des achats en dessous de 50 grammes varie de 4,2 à 5,7 euros en fonction des sites observés. En Guyane et en Martinique, les prix sont très inférieurs (respectivement 0,7 € et 1 €). Comme pour la résine,

le prix varie en fonction des quantités achetées : 5 € pour un achat entre 1 et 9 grammes, 4,5 € entre 10 et 19 grammes, 1,8 € entre 20 et 49 grammes, 1 € entre 50 et 500 grammes.

Pureté

Au cours de l'année 2004, un recueil d'échantillons de cannabis a été réalisé auprès de consommateurs afin d'en évaluer les compositions et les caractéristiques. Près de 250 échantillons ont été collectés dans 4 sites de France (Bordeaux, Dijon, Lille et la Martinique).

Les taux de THC varient considérablement dans la résine ou dans l'herbe de cannabis : de 1,1 à 26,1 % (ratio de 1 à 24) pour la résine et de 0,3 à 23,8 % (ratio de 1 à 79) pour l'herbe. Le THC disponible dans un échantillon de cannabis est donc fortement aléatoire.

Pour la résine, la majorité des échantillons (86 %) avaient un taux entre 5 et 15 %, avec des concentrations en moyenne moins fortes pour les échantillons de provenance marocaine comparativement aux néerlandais. Les appellations des résines varient selon les lieux et les années, il n'est pas possible de savoir si un nom correspond à une qualité.

Dans le cas de l'herbe, la plupart des échantillons (63 %), se situent en dessous de 10 % de THC. L'herbe de cannabis venant des Pays-Bas était plus concentrée, comme pour la résine, que celle venant de France, des Antilles ou de l'autoculture (Bello et al., 2005a).

Tableau 33 : Répartition des échantillons de cannabis collectés en France selon la forme et l'origine supposée, 2004

Origine supposée	Résine			Herbe		
	Échantillons collectés	Répartition	Moyenne THC	Échantillons collectés	Répartition	Moyenne THC
Inconnue	20	21 %	9,1 %	5	3 %	11,1 %
Connue	76	79 %	11,2 %	140	97 %	8,8 %
Maroc	55	72 %	1,05 %	0	0 %	-
Pays-Bas	9	12 %	13,3 %	36	26 %	13,5 %
France métropolitaine	4	5 %	9,0 %	55	39 %	7,2 %
Antilles	0	0 %	-	45	32 %	7,1 %
Autres	8	11 %	11,9 %	4	3 %	5,6 %

Source : données et exploitation TREND/OFDT.

Autres produits

Héroïne

Le prix médian du gramme d'héroïne brune en 2004 s'établirait en métropole à 35 € soit 5 € de moins que l'année précédente. La disparité des prix est une caractéristique de l'héroïne blanche (40 € le gramme à Metz, 100 € à Paris).

Cocaïne

En 2004, le prix médian d'un gramme de cocaïne est de 60 €, c'est le prix le plus bas enregistré ces quatre dernières années ; ce prix est plutôt fluctuant il est donc difficile d'annoncer une tendance à la baisse.

Ecstasy :

Les 707 comprimés collectés en 2004 auprès des usagers contiennent de la MDMA (86 % des comprimés), de l'amphétamine (7 % des comprimés) et au moins un amphétaminique (94 % des comprimés). En 2004, la moyenne était de 61 mg de MDMA par comprimés (vs 54 mg en 2003, 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000) ; ce qui correspond en

moyenne à une concentration de 27 %. Près de 5 % des comprimés collectés contenant de la MDMA sont dosés à plus de 100 mg de MDMA (fort dosage), soit une légère augmentation par rapport aux quatre années précédentes (4 % en 2003, 3 % en 2002, 2,5 % en 2001).

Les poudres contenant de la MDMA sont plus concentrées en principe actif que les comprimés avec en moyenne 40 % de MDMA (45 dosages disponibles) ; de même que les gélules (50 % en moyenne, 28 dosages disponibles).

Le prix moyen d'un comprimé à l'unité est en baisse par rapport à l'année 2003 (8,2 €). Les prix « ronds » restent la règle puisque 43 % des comprimés d'ecstasy sont vendus 10 € (contre 3/5ème en 2002). Mais la part des comprimés vendus à 5 € ne cesse d'augmenter : 27 % en 2004 contre 18,4 % en 2003 et 7,5 % en 2002. Acheté en lot, le prix du comprimé descend facilement en dessous de 5 € ou 3 €. Le prix moyen varie également selon les lieux de vente, il est plus cher en discothèque ou dans les bars que dans la rue ou en technival.

PARTIE B : ÉCLAIRAGES SPECIFIQUES

11. Différences de genre dans les usages de substances psychoactives

Les usages revêtent-ils des significations différentes pour les hommes et les femmes ? Les différences observées dans les niveaux de consommations et les conséquences des usages de drogues invitent à faire du genre une question centrale dans la compréhension de ces pratiques. L'objectif de cet article est de faire le point sur les données épidémiologiques les plus récentes en matière d'usages de drogues et de conséquences socio-sanitaires mais aussi d'exposer les grands traits des perceptions des hommes et des femmes concernant les produits psychoactifs autant que les politiques publiques afférentes.

Situation

Les données d'enquêtes sur les usages d'alcool, de tabac, de médicaments et de drogues illicites en population adulte

Les enquêtes en population générale permettent d'illustrer et de quantifier les niveaux d'usage des différents produits. Leurs résultats montrent que l'usage de substances psychoactives, licites ou non, est davantage un comportement masculin (Tableau 34 et Tableau 35). Seule exception à cette règle, la consommation de médicaments psychotropes s'avère majoritairement féminine (Tableau 34).

Tableau 34 : Usages réguliers des principales substances psychoactives en France par sexe et âge, 2002

	Alcool 3 jours de consommation et plus par semaine	Tabac usage quotidien	Tranquillisants ou hypnotiques* usage au cours de la semaine	Cannabis* 10 usages et plus au cours du mois
Femmes 18-75	19,7 %	25,6 %	12,0 %	0,6 %
18-25	7,9 %	37,1 %	2,9 %	3,4 %
26-34	9,9 %	38,5 %	5,0 %	0,5 %
35-44	18,1 %	31,0 %	9,4 %	0,2 %
45-54	19,6 %	21,2 %	14,5 %	0,0 %
55-75	33,7 %	9,7 %	21,5 %	0,0 %
Hommes 18-75	42,8 %	31,9 %	6,1 %	2,3 %
18-25	23,5 %	52,1 %	1,6 %	9,1 %
26-34	25,1 %	35,3 %	2,9 %	3,2 %
35-44	37,2 %	34,0 %	5,1 %	1,4 %
45-54	51,0 %	32,9 %	6,5 %	0,2 %
55-75	61,6 %	18,8 %	11,3 %	0,1 %

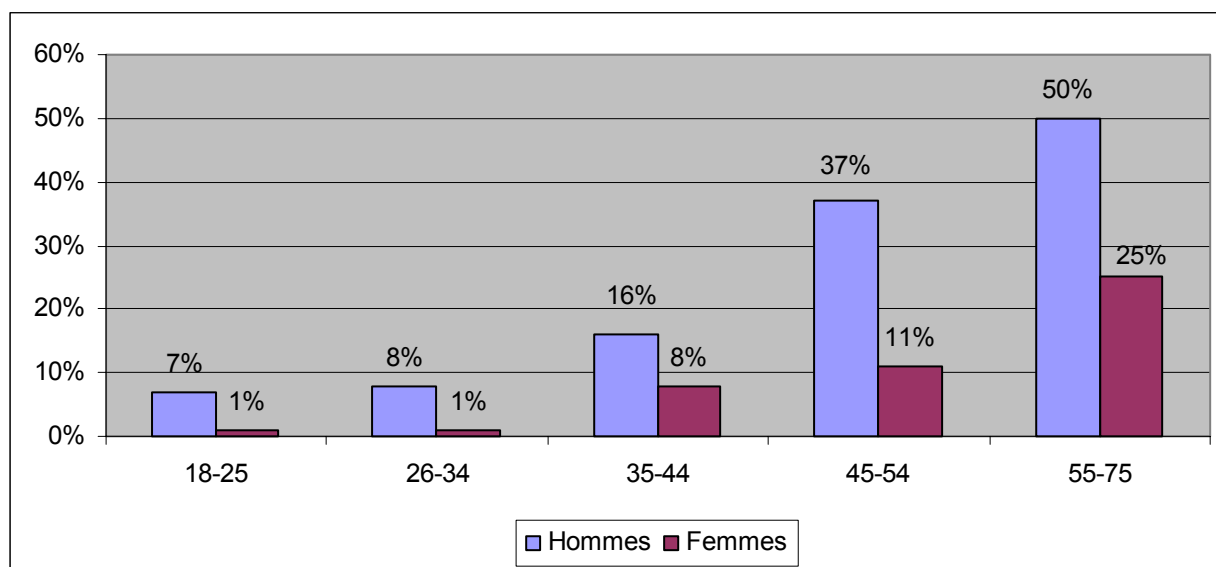
Sources : EROPP 2002, OFDT, sauf * : Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

Alcool

Dans un contexte où la consommation régulière d'alcool par habitant a fortement diminué en France depuis la fin des années cinquante (bien que le pays reste un des plus consommateurs d'Europe), les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les

femmes. En 2002, près des quatre cinquièmes (78 %) ont bu de l'alcool au moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête, contre moins de six femmes sur dix (57 %) et ils sont deux fois plus nombreux à en consommer régulièrement (au moins 3 jours par semaine) : 43 % contre 20 % (Beck et al., 2003). L'écart est particulièrement important dans les plus jeunes générations (Tableau 34). Plus la fréquence de consommation observée est importante, plus l'écart se creuse entre hommes et femmes : il atteint presque un rapport de un à trois pour la consommation quotidienne (28 % contre 11 %, Graphique 6).

Graphique 6 : Usage quotidien d'alcool au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge, 2002



Source : EROPP 2002, OFDT.

L'écart entre les sexes ne concerne pas uniquement la fréquence d'usage d'alcool mais aussi les quantités bues. Ainsi, en moyenne, les hommes interrogés ayant bu la veille de l'enquête disent avoir bu 2,9 verres d'alcool, contre 1,7 pour les femmes. Globalement, ces différences de quantités se traduisent par un irrespect plus fréquent des recommandations de consommation préconisées par l'OMS (3 verres standard maximum pour les hommes, 2 pour les femmes). Si 12 % des personnes de 18-75 ans déclarent avoir bu la veille un nombre de verres de boisson alcoolisée supérieur à cette norme, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes dans ce cas, bien que leur seuil soit plus élevé (18 % vs 6 %). La fréquence de tels usages augmente avec l'âge : elle concerne près du tiers des hommes âgés de plus de 60 ans (Guilbert et Perrin-Escalon, 2004).

Enfin, la différence entre les sexes se traduit dans la fréquence des ivresses alcooliques. En 2000, 14 % des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. L'ivresse au cours de l'année s'avère trois fois plus fréquente parmi les hommes (22 %) que parmi les femmes (7 %) et varie significativement avec l'âge, le pic se situant entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes). Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 4,6 (5 pour les hommes et 3 pour les femmes) ; il atteint 6 parmi les 18-25 ans (7 parmi les hommes et 3 parmi les femmes).

Du point de vue de la santé, l'alcoolisation plus importante et chronique des hommes augmente donc leur risque de présenter un usage problématique. C'est ce que permet

d'objectiver le test DETA qui repère, à partir des enquêtes en population générale, les individus ayant des difficultés avec l'alcool⁴². Environ 9 % des adultes peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool (Legleye et al., 2001). Ce type de consommation à risque d'alcoolodépendance, qui augmente globalement avec l'âge pour atteindre un maximum parmi les 45-55 ans (13 %), s'avère beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (15 % vs 4 % parmi les 18-75 ans). L'enquête sur la santé des mutualistes MGEN réalisée en 2001 auprès de 6 650 adhérents âgés de 20 à 60 ans donne des résultats assez proches de ceux du Baromètre santé 2000 : parmi les mutualistes, 14 % ont déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation (12 % parmi les hommes et 5 % parmi les femmes) (Kovess et al., 2001). Les hommes sont ainsi 2 à 3 fois plus concernés que les femmes par ces situations problématiques avec l'alcool.

L'activité professionnelle se révèle un facteur important de rapprochement des comportements de consommation des hommes et des femmes. Par exemple, parmi les actifs exerçant un emploi, lorsque l'effet de l'âge est contrôlé, l'odds ratio associé aux hommes relativement aux femmes⁴³ pour l'usage quotidien d'alcool vaut environ 7 parmi les ouvriers, 4 parmi les employés et professions intermédiaires, mais 2 parmi les cadres et professions libérales ou intellectuelles supérieures. Pour l'ivresse, les odds ratios associés aux hommes relativement aux femmes sont respectivement proches de 5 ou 6 pour les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires contre moins de 4 pour les cadres, professions libérales et professions intellectuelles supérieures. Autrement dit, les comportements de consommation d'alcool des femmes se rapprochent de ceux des hommes à mesure que la catégorie d'emploi s'élève (Beck et Legleye, 2005). Ce résultat est particulièrement vrai en ce qui concerne les cadres par rapport aux autres catégories. Schématiquement, il est dû au fait que d'un côté, les femmes des catégories sociales supérieures déclarent plus souvent boire tous les jours ou avoir été ivres au cours de l'année écoulée que les autres, tandis que c'est l'inverse pour les hommes de ces mêmes catégories élevées.

Tabac

Le tabac s'avère être la substance pour laquelle la différence sexuelle est la moins marquée, le niveau de consommation des femmes s'étant progressivement rapproché de celui des hommes au cours des dernières décennies. Bien que le tabagisme masculin soit en léger recul contrairement à celui des femmes, les hommes restent plus souvent fumeurs que les femmes. Environ un quart de ces dernières déclarent fumer quotidiennement contre un peu moins d'un tiers des hommes. Les comportements diffèrent peu aux âges intermédiaires (26-44 ans) mais sont davantage contrastés parmi les générations les plus jeunes et les plus âgées. La diminution du niveau d'usage avec l'âge s'observe pour les deux sexes, mais plus rapidement chez les femmes : ainsi, l'écart hommes/femmes s'avère plus important au-delà de 45 ans.

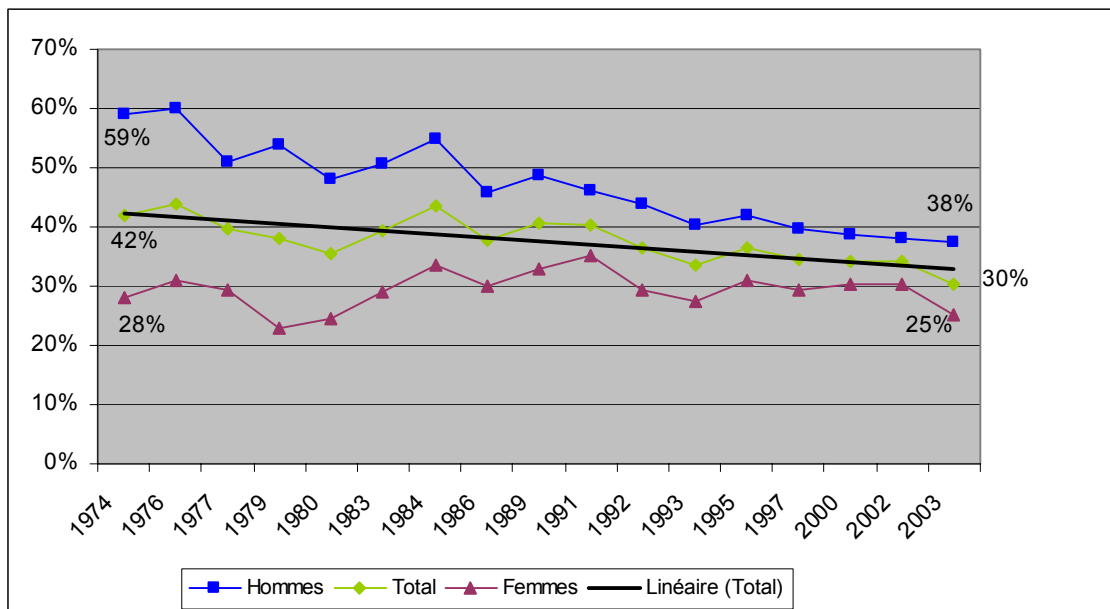
L'important écart homme/femme à 18-25 ans se retrouve dans d'autres enquêtes récentes (Oddoux et al., 2001). Il devrait toutefois se réduire à terme étant donné la quasi-identité des comportements tabagiques observés actuellement entre garçons et filles à l'adolescence (Beck et al., 2004b). Bien que le tabagisme masculin soit en recul depuis les années 1970,

⁴² Dans le test DETA (Ewing, 1984), sont considérés comme usagers d'alcool « à risque » ceux qui répondent par l'affirmative à au moins deux de ces questions : Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

⁴³ L'odds ratio est une mesure qui permet de comparer la probabilité pour une population de posséder le caractère A suivant ou non la possession du caractère B. Supérieur à 1, il indique que la population possédant B a plus de chances de présenter A que la population ne possédant pas B ; inférieur à 1, il indique au contraire que les chances sont diminuées. Appliqué au sexe masculin, il se lit comme les chances que présentent les hommes relativement à celles que présentent les femmes.

en 2002, les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (38 % vs 31 %, Graphique 7). Pour les femmes, la tendance apparaît relativement stable sur cette période, même si les évolutions ponctuelles et la faible taille d'échantillon de certaines de ces enquêtes donnent à la courbe une allure plutôt erratique.

Graphique 7 : Proportions de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans, 1974-2003



NB : Les méthodologies mises en œuvre dans ces enquêtes étant parfois différentes, avec notamment certains des échantillons de petite taille pour les enquêtes menées avant les années 1990, il convient d'accorder moins d'importance aux niveaux d'usage figurant sur cette courbe qu'à la tendance de long terme décrite par la droite de régression linéaire.

Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT, INPES/IPSOS 2003.

Médicaments psychotropes

Parmi les 18-75 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à recourir aux médicaments psychotropes : 25 % en ont pris au moins une fois au cours de l'année contre 14 % parmi les hommes (Beck et al., 2002). Dans les trois quarts des cas ils sont consommés suite à une prescription médicale. Le détail par classe pharmaceutique montre que 6 % des hommes et 12 % des femmes déclarent avoir fait usage d'antidépresseurs au cours de l'année, ces chiffres étant respectivement de 12 % et 20 % pour la catégorie comprenant les tranquillisants (anxiolytiques) et les somnifères (hypnotiques). À l'instar de ce qui est observé pour l'alcool, la consommation hebdomadaire de médicaments psychotropes s'intensifie avec l'âge, pour les deux sexes, mais davantage pour les femmes.

Cette sur-consommation féminine peut être rapprochée d'une plus grande anxiété déclarée. En effet, interrogées dans le cadre d'enquêtes sur la santé, elles s'avèrent plus nombreuses que les hommes à se déclarer anxieuses ou stressées dans leur vie quotidienne et déclarent aussi plus fréquemment avoir des problèmes de sommeil (Aliaga, 2002). Il faut souligner le poids des représentations sexuellement différenciées pour expliquer l'écart entre hommes et femmes : il est souvent plus admissible pour les filles que pour les garçons de reconnaître un malaise d'ordre psychologique (Le Moigne, 1999; Lovell et Fuhrer, 1996). Les médecins ont plus volontiers tendance à diagnostiquer chez elles une origine psychologique à certains désordres physiques, de même qu'elles investissent plus fréquemment le rôle de patient là où les garçons tenteraient volontiers de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, hors cadre, souvent en ayant recours à d'autres substances psychoactives.

Cannabis et autres substances illicites

À l'exception des amphétamines, pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas significative, les hommes sont, pour toutes les drogues illicites, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie (Tableau 35, Graphique 8).

Tableau 35 : Expérimentation des principales autres drogues par sexe à 18-75 ans, 2002

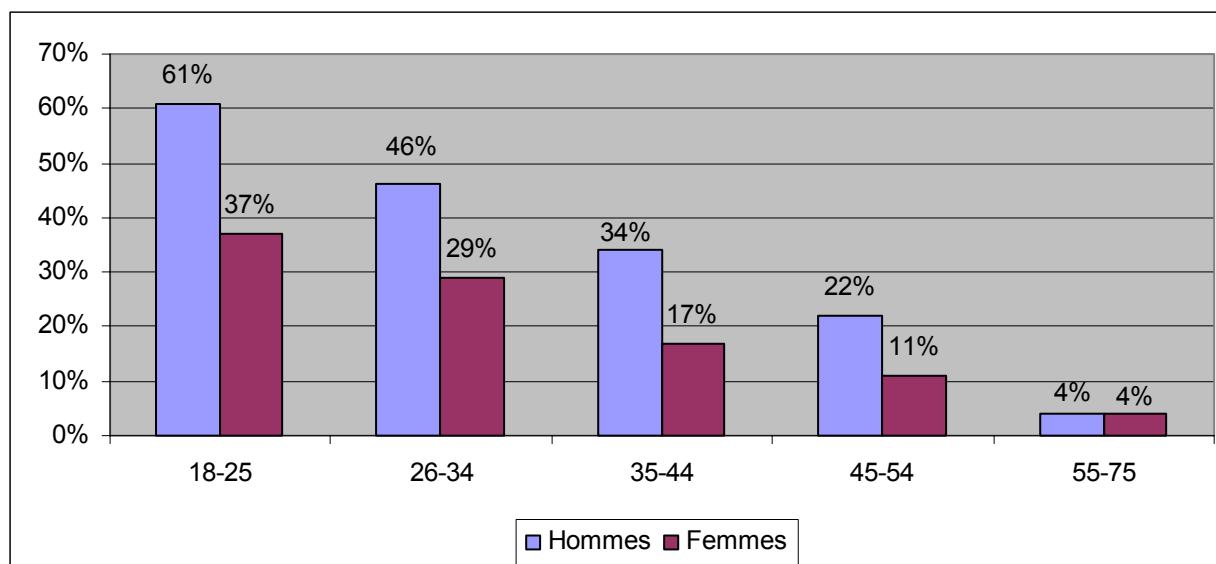
	Hommes	Femmes	Ensemble
Colles et solvants	3,6 %	1,7 %	2,7 %
Cocaïne	3,3 %	0,8 %	2,0 %
LSD	2,1 %	0,2 %	1,1 %
Amphétamines	1,7 %	1,2 %	1,4 %
Ecstasy	1,4 %	0,2 %	0,8 %
Champignons hallucinogènes	1,4 %	0,9 %	1,1 %
Héroïne	1,4 %	0,2 %	0,7 %

Source : EROPP 2002, OFDT.

Cette différence est aisément observable pour le cannabis dont les niveaux de consommation sont nettement plus élevés que ceux des autres produits illicites. L'usage de cannabis est fortement masculin : près de 10 % des jeunes hommes de 18-25 ans en font un usage régulier (au moins dix fois par mois) contre 3,5 % des jeunes femmes de cet âge.

Cet écart s'observe quels que soient la tranche d'âge ou le niveau d'usage observés (avec toutefois cette limite qu'au-delà de 55 ans, les usages sont suffisamment rares pour que les différences entre les sexes ne soient plus significatives). Ainsi, l'usage au cours de l'année concerne 9 % des hommes contre 6 % des femmes.

Graphique 8 : Usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge, 2002



Source : EROPP 2002, OFDT

Au final, on peut retenir que le profil français en termes de genre apparaît relativement similaire à celui de l'ensemble des autres pays de l'Union européenne.

Données de recours au soin, morbidité, mortalité et conséquences pénales

Les données de recours au soin consécutif à l'usage d'alcool montrent un déséquilibre hommes/femmes encore plus fort que les données de consommation. En 2002, les

nouveaux patients fréquentant les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont principalement des hommes (77 %) (Palle et Martin, 2004). En termes de mortalité, les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique sont à l'origine de presque quatre fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes (Tableau 36). Pourtant, les femmes s'avèrent plus « vulnérables » à l'alcool : le risque de cirrhose devient important à partir d'une consommation de 3 verres par jour chez la femme et de 5 par jour chez l'homme et l'accroissement du risque de décès apparaît dès 2 verres chez la femme (3 chez l'homme) (OFDT, 2005a).

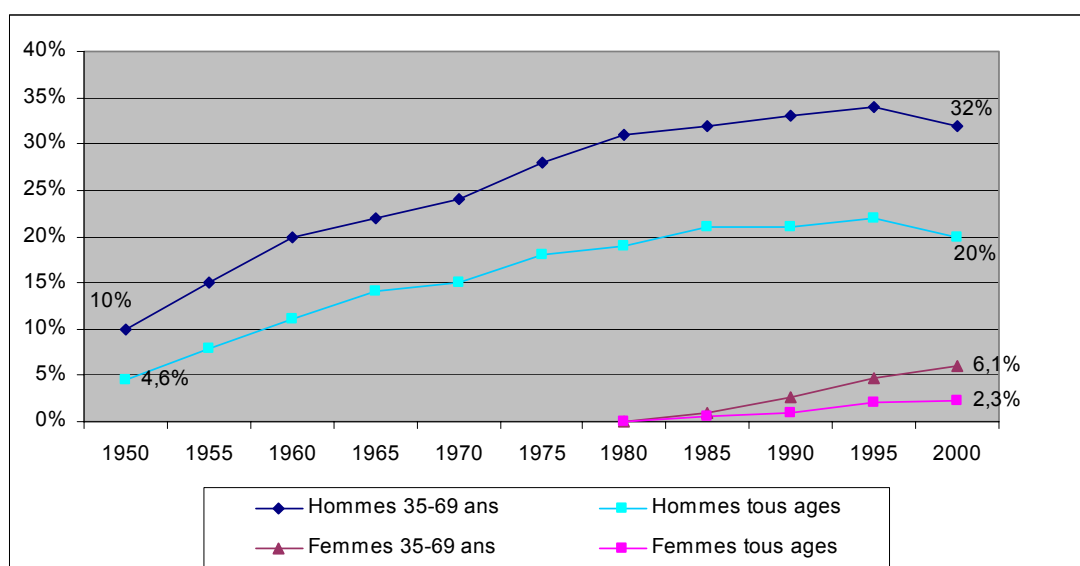
Tableau 36 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique, 2000

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	6 067	2 536	8 603
Cancer des VADS	9 261	1 601	10 862
Psychoses alcooliques	2 436	637	3 073
Total	17 764	4 774	22 538

Source : CépiDC, INSERM.

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à avoir été reçues en consultation de tabacologie entre 2001 et 2003 (SPIM (Faculté de Médecine Broussais/Hôtel-Dieu), 2004), confirmant une certaine similitude entre hommes et femmes en matière de tabagisme, bien qu'en moyenne, les femmes qui consultent soient plus jeunes (40 ans vs 44 ans). En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabac a été estimé en France à environ 60 000 (Peto et al., 2004). Il s'agit d'une mortalité essentiellement masculine (90 %) même s'il existe une sous-estimation possible de la mortalité féminine par la méthode retenue pour produire ces estimations (Le Bot, 2003). En termes de tendances, la part de la mortalité masculine attribuée au tabagisme a commencé à régresser à partir du milieu des années 1990, alors que du côté des femmes, elle a connu une hausse assez forte depuis le début des années 1980, passant de 0 à 6 % en 20 ans (Peto et al., 2004) (Graphique 9).

Graphique 9 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000



Source : Données CépiDC, exploitation CTSU / University of Oxford.

La répartition homme/femme dans les décès par surdose portés à la connaissance de la police ou de la gendarmerie a été relativement constante dans les années 1990, la part des décès féminins étant aux alentours de 17 %. Entre 1999 et 2001, elle a baissé pour atteindre

11 % en 2001. Sur les deux dernières années (2002 et 2003) les décès survenus chez les femmes sont plus nombreux (respectivement 20,6 et 33,7 %). Au vu des produits impliqués dans les décès, les substances non opiacées sont plus courantes chez les femmes.

L'image de la population des usagers de drogues illicites fournie par le système de soin est similaire à celle observée dans les enquêtes déclaratives en population générale. Elle est globalement très masculine, puisque 80 % des consultants des Centres de soins pour toxicomanes (CSST) sont des hommes (Palle et Bernard, 2004) et s'avère différenciée selon les mêmes produits : les femmes présentent moins souvent que les hommes un problème lié à l'usage de cannabis ou de cocaïne et plus souvent un problème lié à l'usage de médicaments psychotropes. En ce qui concerne la substitution, la proportion d'individus sous méthadone est plus importante parmi les femmes, les hommes étant plus souvent sous BHD (CEIP de Marseille, 2001). Dans les structures de première ligne qui accueillent essentiellement des usagers actifs, le public rencontré est également composé à 80 % d'hommes (Bello et al., 2004).

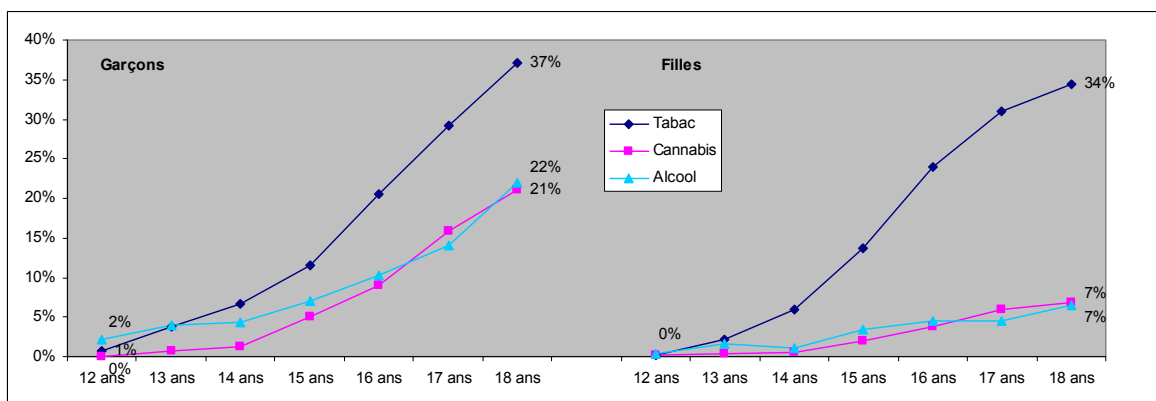
Concernant les conséquences sanitaires de l'usage de drogues illicites par injection, la prévalence au VIH apparaît en 1999 légèrement plus forte parmi les femmes (18,5 % contre 15 % parmi les hommes), tandis que la prévalence au VHC est similaire pour les deux sexes, concernant environ les deux tiers des usagers injecteurs vus en établissement spécialisé (Tellier, 2001).

La part des femmes apparaît encore plus marginale dans les statistiques du système répressif : en 2003, à peine 10 % des individus interpellés pour usage simple sont des femmes. Dans environ 80 % des cas, il s'agit de cannabis, cette proportion étant plus faible que celle des hommes (environ 90 %). De surcroît, plus on avance dans la filière pénale, plus la proportion de femmes diminue.

Dans la population adolescente

Les différences de genre observées à l'âge adulte se rencontrent en grande partie dès l'adolescence : une consommation médicamenteuse nettement plus féminine, des comportements tabagiques semblables et le reste des usages nettement plus masculins.

Graphique 10 : Usages réguliers⁽¹⁾ de tabac, d'alcool et de cannabis, par âge et par sexe entre 12 et 18 ans, 2003



(1) usage au moins dix fois au cours des 30 derniers jours pour alcool et cannabis ; quotidien pour le tabac

Sources : ESPAD 2003 – INSERM – OFDT- MJENR de 12 à 16 ans ; ESCAPAD 2003, OFDT à 17 et 18 ans.

Les consommations régulières de tabac et d'alcool apparaissent relativement rares avant 14 ans et celle de cannabis est exceptionnelle avant l'âge de 15 ans. Ensuite, elles augmentent avec l'âge, le tabagisme quotidien devant toutefois nettement la consommation régulière

d'alcool et de cannabis. Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac passe de 7 % à 43 % entre 14 et 18 ans chez les garçons et de 6 % à 42 % chez les filles. On observe également une tendance à la hausse avec l'âge pour l'alcool et le cannabis, notamment chez les garçons et dans une moindre mesure chez les jeunes filles (Graphique 10).

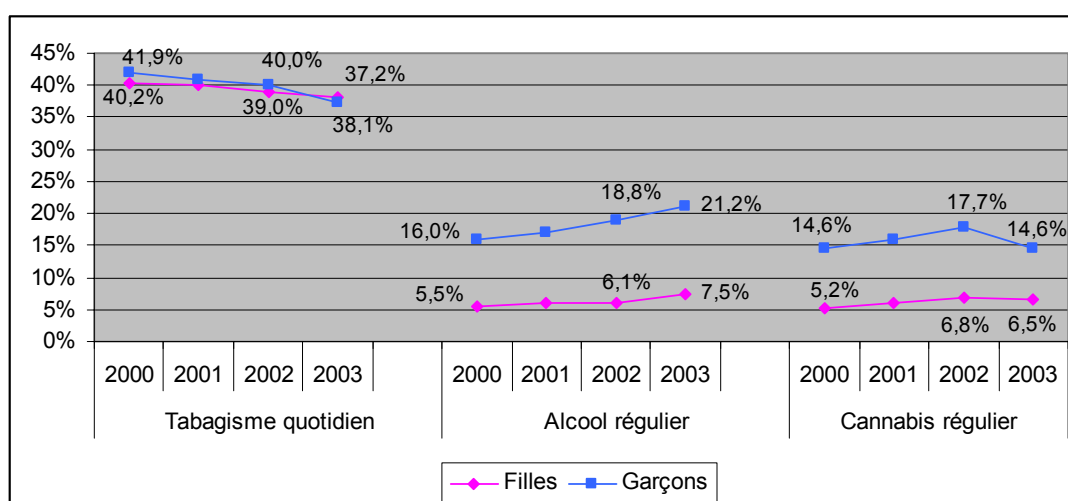
Tableau 37 : Usage au cours du mois (30 derniers jours) de produits psychoactifs à 17-18 ans (% en ligne), 2003

	Filles	Garçons	Sex ratio
Alcool	76 %	84 %	1,1
Tabac	48 %	47 %	1,0
Cannabis	26 %	38 %	1,4
Médicaments	18 %	6 %	0,3
Ecstasy	1,0 %	2,2 %	2,2
Champignons	0,6 %	1,4 %	2,3
Poppers	0,7 %	1,3 %	1,9
Amphétamines	0,6 %	1,2 %	2,0
Cocaïne	0,6 %	1,2 %	2,0
Produits à inhaler	0,5 %	0,9 %	1,8
LSD	0,3 %	0,7 %	2,3
Héroïne	0,3 %	0,5 %	1,7
Crack	0,2 %	0,4 %	2,0

Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Le sex ratio (rapport des proportions d'utilisateurs parmi les garçons et les filles) mesuré pour l'usage au cours des 30 derniers jours est très proche de un pour l'alcool et surtout le tabac, soulignant l'homogénéité de la diffusion du produit au sein des deux sexes. Il est par contre très nettement inférieur pour les médicaments psychotropes, leur usage étant très féminin et nettement supérieur à un pour toutes les substances illicites. Il atteint ainsi 1,4 pour le cannabis (ce qui signifie qu'il y a 40 % de garçons de plus que de filles qui ont consommé du cannabis au cours des trente derniers jours), mais est proche de deux pour tous les autres produits. Le cannabis est donc la substance illicite dont l'usage est le plus répandu mais aussi le plus unisexe ([Tableau 37](#)).

Graphique 11 : Évolution 2000-2003 du niveau d'usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans



Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Des trois produits les plus diffusés (alcool, tabac et cannabis), l'alcool est celui pour lequel en matière d'usage régulier, la différence est la plus marquée entre les sexes à l'adolescence (Graphique 11). La France présente un profil tout à fait similaire à celui de l'ensemble des autres pays de l'Union européenne interrogés dans l'enquête ESPAD en 2003 (Hibell et al., 2004).

Opinions et perceptions des produits et des politiques publiques

Dissemblables par leurs usages de produits psychoactifs, hommes et femmes se distinguent également par leurs opinions sur ces produits, leurs dangers ou les politiques publiques qui les concernent. En 2002, à la question « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », seuls 3,7 % des personnes de 15-75 ans interrogées disent ne connaître aucun produit. Les hommes citent en moyenne significativement plus de produits que les femmes (4,2 contre 3,5, $p < 0,001$), ce qui tend à montrer une meilleure connaissance ou un plus grand intérêt pour le sujet.

Les femmes semblent toutefois plus sensibles que les hommes à la dangerosité estimée des produits. En matière de produits illicites, le cannabis est emblématique. Ainsi, 58 % des femmes pensent que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye, contre 43 % des hommes, alors qu'à l'inverse, 37 % de ceux-ci pensent qu'il est dangereux seulement quand on en fume tous les jours, contre 29 % des femmes. De même, les femmes sont également plus nombreuses à déclarer être d'accord avec l'idée selon laquelle fumer du cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux (75 % vs 64 %). Pour elles, l'interdiction de fumer du cannabis est donc assez logiquement moins souvent une atteinte à la liberté individuelle que pour les hommes (34 % vs 28 %), et elles sont moins souvent favorables à la possibilité d'autoriser la consommation de cannabis sous certaines conditions. Pour toutes ces opinions, des résultats similaires sont observables pour l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne, bien que les différences soient plus faibles.

En revanche, les opinions concernant la dangerosité de l'alcool et du tabac sont nettement plus partagées, hommes et femmes proposant par exemple des seuils quotidiens en nombre de verres pour l'alcool ou en nombre de cigarettes qui sont très proches (respectivement 3 verres et 10 cigarettes par jour). Sans doute les campagnes de santé publique ont-elles porté leurs fruits sur ces produits, mais leur diffusion plus grande y contribue sans doute aussi pour une grande part.

Si les opinions concernant les produits apparaissent nettement sexuées, il faut nuancer ce jugement suivant d'autres paramètres. Tout d'abord les produits considérés : les jugements des deux sexes sont très proches pour les produits réputés les plus dangereux, tels que l'héroïne, et convergent lorsque l'on observe des personnes ayant la même proximité avec le produit (qu'elles soient usagers ou aient déjà essayé, ou bien seulement qu'elles aient connaissance d'usagers). Mais globalement, si les femmes apparaissent plus enclines à les juger plus durement c'est notamment parce qu'elles sont nettement moins nombreuses que les hommes à en consommer. Enfin, le milieu social d'appartenance joue également un grand rôle, l'élévation de la catégorie sociale de la personne de référence du ménage rapprochant les opinions des deux sexes au même titre que l'usage.

Le constat est similaire pour ce qui concerne les opinions relatives aux politiques publiques.

Réponses

Approches de genre dans les dispositifs destinés aux enfants et aux jeunes

Prévention en milieu scolaire

Le 26 février 2003, le Ministre délégué à l'enseignement scolaire présente en Conseil des Ministres une communication sur la santé des jeunes en milieu scolaire⁴⁴. La prévention des conduites addictives y apparaît comme une priorité qui sera conduite en étroit partenariat avec la MILDT.

Dans cette lignée politique, un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la période de 2004 à 2008 promulgué par la circulaire n°2003-210 du 11 décembre 2003 (NOR: MENE0302706C) fait alors écho au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (MILDT, 2004) et pose le principe d'une « école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse ».

A l'heure actuelle, la problématique du genre n'apparaît pas dans la stratégie de programmation de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Telle que présentée dans le Bulletin Officiel du 11 décembre 2003⁴⁵, cette démarche est seulement présentée comme étant « d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes »⁴⁶.

Une étude INSERM/OFDT sur l'évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie proposait dès 1999 des recommandations sur la nécessité de réfléchir autour des actions de prévention en direction des garçons (Choquet et al., 1999). Face à l'inadéquation des messages et la prédominance des femmes dans le champ de la santé, l'équipe de recherche proposait des pistes d'action axées sur des programmes spécifiques, des intervenants masculins et le choix des lieux de prévention.

En 2004, l'OFDT a lancé un appel à candidatures pour une étude sur l'applicabilité et l'utilité d'un guide d'intervention en milieu scolaire sur la prévention des conduites addictives (OFDT, 2004b). La diffusion du guide finalisé est prévue pour septembre 2005.

Prévention dans l'espace festif

C'est au sein des associations communautaires de réduction des risques qu'émergent des initiatives en direction des usagères de l'espace festif techno. Pour exemple, le flyer « les filles, les prods, la sexualité et la réduction des risques », créé par un collectif de femmes qui

⁴⁴ Présentation en Conseil des ministres de la communication du ministre délégué à l'Enseignement scolaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire, 26 février 2003. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. NOR :MENE0300322C RLR : 505-7 CIRCULAIRE N°2003-027 du 17-2-2003 MEN DESCO B4.

⁴⁵ La santé des élèves: Programme quinquennal de prévention et d'éducation, C. n° 2003-210 du 1-12-2003, NOR : MENE0302706C, RLR : 505-7, MEN - DESCO B4.

⁴⁶ Elle prend appui sur les textes suivants :

- la circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », qui fera l'objet de modifications suite au rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales, dont les conclusions doivent être rendues pour la fin de l'année 2003 ;
- la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 « Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » ;
- la circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998, « Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire » ;
- les circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 « Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves », n° 2001-013 « Missions des médecins de l'éducation nationale » et n° 2001-014 « Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale » ;
- les circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : « Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves » ;
- la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 « Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ».

croise les questions d'usages de drogues, de sexualité et de réduction des risques, est basé sur le mode de la communication « entre pairs » (Ruptures, 2004)⁴⁷. Comme sur d'autres flyers de réduction des risques, y sont rappelés les numéros de téléphonie sociale de Drogues, Alcool, Tabac Info Service ; Sida Info Service ; Hépatites Info Service en plus du numéro de téléphone Contraception, IVG, Sexualité.

Prévention en population générale ciblant les groupes filles/garçons

Une grille de lecture sexuée du dernier plan gouvernemental de lutte contre les drogues permet de dégager les principaux axes des politiques de prévention et leurs effets escomptés selon le sexe.

Les campagnes tabac prévues sur les trois prochaines années ont pour objectif de changer la perception du risque tabagique et de faire évoluer les représentations sociales en s'adressant aux groupes dont la consommation tend à augmenter dont ceux des garçons et des filles. La communication de ces campagnes joue sur une variété de ressorts considérés comme a priori liés au genre comme le risque pour la grossesse, la contradiction entre séduction et effets sur la beauté ou entre dépendance et recherche de liberté (INPES, 2001). En terme de baisse des consommations de tabac, les objectifs du plan à cinq ans sont de diminuer l'expérimentation et en retarder l'âge de 14 à 16 ans.

Pour l'alcool, les objectifs sont :

- la baisse de la prévalence des comportements d'ivresse répétée (plus de 3 ivresses pendant l'année) chez les hommes avec un niveau de réussite escompté de moins 20 % au terme de la période quinquennale ;
- la diminution de la part des hommes présentant une alcoolisation à risque ;
- sensibiliser les hommes à la surexposition masculine à l'alcool et faire évoluer les représentations associant virilité et alcool ;
- promouvoir l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse.

Approches de genre dans la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues

Réduction des risques dans les pratiques d'injection des hommes et des femmes

Il n'existe pas à l'heure actuelle en France d'indicateurs harmonisés sur les programmes spécifiques à la réduction de l'injection selon le sexe.

Concernant la réduction des risques liées à l'injection, les flyers Point d'injection-Femmes et Point d'injection-Hommes sont largement diffusés dans les réseaux de soin et de prévention santé ainsi que sur Internet.

Réduction des risques et IST⁴⁸

La fin des années 1990 a vu se développer des programmes avec pour objectif explicite de réduire les risques de contamination VIH, hépatites, Maladies sexuellement transmissibles (MST) et de grossesse non désirée, avec et auprès des femmes. Ces dispositifs toujours d'actualité dans les grandes villes (dont Lyon, Marseille et Toulouse) mobilisent selon la dynamique du réseau local :

⁴⁷ « Si vous avez pris un risque, pensez au double test (grossesse, I.S.T.) et au traitement d'urgence (VIH). Quand vous sortez entre amis, faites gaffe les un(e)s aux autres. Dans tous les lieux festifs, surveillez vos boissons pour que personne ne puisse verser un « additif » quelconque dedans. Penser à boire beaucoup d'eau pour ne pas être déshydratée. Quand on rencontre quelqu'un, ou quelqu'une, on n'est pas obligée « d'épouser » sa bande de potes ! Utiliser des préservatifs masculins ou féminins : la prévention se discute et se partage. Les visites chez le gynécologue sont importantes, une fois par an au minimum. La pilule ne protège pas des I.S.T. mais uniquement des grossesses non désirées. Attention aux oublis sous l'effet des produits, et/ou si les produits vous provoquent des nausées. Rester prudente face à un produit dont on ignore les effets (il ne suffit pas de le voir agir sur les autres). Tester avec modération et en bonne compagnie de préférence. Ne pas partager son matériel d'injection et de sniff et en avoir avec soi. »

⁴⁸ Infections sexuellement transmissibles.

- des centres du Mouvement français pour le planning familial ;
- des associations de santé communautaire avec des personnes prostituées ;
- des associations de prévention et réduction des risques en milieu hétérosexuel multipartenaire ;
- des associations de réduction des risques intervenant auprès et avec des femmes toxicomanes et/ou vivant dans la rue ;
- des associations de santé des personnes migrantes ;

Il n'existe pas d'indicateurs au niveau national (modèle de rapport type) pour évaluer la portée de ces programmes.

Dispositif de santé des hommes et femmes travailleuses du sexe

Les associations intervenant dans le milieu de la prostitution rencontrent majoritairement des femmes. Les hommes et les transgenres qui travaillent dans la rue proposent des services sexuels le plus souvent à d'autres hommes. Le dispositif des tournées en bus mis en place dans les années 1990 à Paris (sur le modèle antérieur du bus de l'association AIDES) s'est depuis étendu aux autres grandes villes hors région Parisienne. Il n'existe pas d'évaluation au niveau national des services proposés (accompagnement social, juridique, éducation populaire, formations destinées à faciliter la recherche d'un emploi etc) et du matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins, gel, digues dentaires, kits sniff, kits injection, et plus rarement kits crack) (Laurindo da Silva et Evangelista, 2004; Cagliero et Lagrange, 2004).

Dispositif de santé pour les femmes enceintes usagères de drogues

Dans le cadre du plan quinquennal, parmi les groupes cibles, les femmes enceintes sont destinataires de messages directs, ou par le biais des professionnels de santé, visant l'abstinence totale d'alcool, de tabac⁴⁹ et de drogues pendant la grossesse.

S'il existe des dispositifs spécifiques aux femmes enceintes, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) et la Société française d'alcoologie (SFA) ont insisté sur l'effort particulier restant à faire dans la problématique alcool et grossesse encore marquée par le déni des professionnels et le défaut d'information du public (recommandations faites en 2002). En 2004, la prévention du syndrome d'alcoolisation foetale est un des objectifs de la loi de programmation de la politique de santé publique⁵⁰.

En 2003, l'enquête du GECA (Groupe d'étude grossesse et addictions) sur les femmes enceintes substituées à la Méthadone ou à la Buprénorphine Haut Dosage et les caractéristiques de leurs nouveau-nés (Lejeune et al., 2003) a mis en évidence que la définition d'une stratégie sanitaire de réduction des risques vis-à-vis de l'héroïnomanie a conduit à une amélioration globale des pratiques et des observations médicales chez les femmes sous traitement de substitution durant la grossesse et chez leurs enfants nouveau-nés⁵¹.

Des recommandations présentées en guise de conclusion de l'étude, on retiendra :

- favoriser la poursuite de formations auprès des professionnels en regroupant dans des sessions communes les différents intervenants locaux des centres périnataux, des Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie, les alcoologues, les médecins

⁴⁹ L'objectif étant de diviser par deux le nombre de femmes qui fument au cours de leur grossesse d'ici 2008.

⁵⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004, NOR SANX0300055L : «-Art. L. 631-3.La formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ainsi que des professionnels du secteur médico-social comprend un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus. Cet enseignement doit avoir pour objectif de favoriser la prévention par l'information ainsi que le diagnostic et l'orientation des femmes concernées et des enfants atteints vers les services médicaux et médicosociaux spécialisés».

⁵¹ Chez 259 femmes substituées recrutées dans 35 unités de soins périnataux réparties sur tout le territoire national entre octobre 1998 et octobre 1999, les résultats ont été étonnamment proches de la « normale » (Lejeune et al., 2003, p. 4).

généralistes, les services sociaux pour lever ce qui reste de réticences et d'incompréhensions entre professionnels ;

- favoriser l'implication dans les problèmes périnataux et gynécologiques des équipes transversales d'addictologie prenant en charge à la fois les mésusages de psychotropes et la précarité, qui semblent bien être, plus que les prises de produits, le facteur déterminant des complications périnatales ;
- la disponibilité de centres d'accueil mère-enfant (Soins de suites et de réadaptation, lieux d'hébergement avec moyens psychosociaux, appartements thérapeutiques) est actuellement insuffisante. Ces centres mère-enfant pourraient aussi dans certains cas préparer une séparation consentie avec maintien des liens ;
- remédier aux inégalités inter-régionales dans l'offre de soins en matière de centre méthadone.

Dispositif de santé pour les personnes usagères de drogues et parents de jeunes enfants

En alcoologie, il existe des postcures accueillant les femmes avec leurs enfants. En ce qui concerne la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans, les CAMPS (Centres d'Actions Médico-Sociale Précoce) présentent leurs missions comme favorisant l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social en étroite collaboration avec la famille.

L'expérience des quelques structures de soins en toxicomanie identifiées sur la question comme « Les Capitelles » à Nîmes et « Horizons » à Paris font figure d'exemples au sein des débats et formations proposées par l'ANIT (Association nationale des intervenants en toxicomanie)⁵².

- Le centre de soins spécialisé pour femmes toxicomanes avec hébergement « Les Capitelles » dispose de 6 appartements individuels répartis dans la ville de Nîmes et propose aux femmes accueillies et à leurs enfants « un cadre qui vise à étayer la relation mère-enfant, à consolider la rupture avec les produits et à préparer une réinsertion qui prend en compte la relation mère-enfant. [...] Les résidentes bénéficient d'un suivi psychologique (soutien, accompagnement individuel) et d'un suivi socio-éducatif (bilan de la situation sociale, élaboration et mise en place d'un projet personnel, accompagnement dans les démarches d'insertion relatives à la mère ou à l'enfant) ».
- Le centre « Horizons » définit plus précisément son public : jeunes femmes toxicomanes enceintes, mères toxicomanes avec leurs enfants, couples dont l'un est toxicomane, pères toxicomanes ayant un enfant, substituts parentaux d'enfants nés de parents toxicomanes. En 2004, l'Unité de coordination maternité et situations à risques (UDC) et l'Equipe de soins spécialisés à domicile (ESSAD) y ont été regroupées au sein d'une même unité, le Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions (DAPSA). L'UDC a pour mission de favoriser l'articulation et la coopération des professionnels intervenant auprès des femmes enceintes ou des toxicomanes avec enfants en grande difficulté. L'ESSAD propose un accompagnement et un suivi psychosocial pour les jeunes mères ou jeunes couples avec enfant, lorsque ces adultes sont dans l'impossibilité de faire une démarche de soins dans les lieux ad hoc existants.

Il n'existe pas de données « genrées » sur l'évaluation au niveau national (recueil de données non harmonisé) des dispositifs spécifiques à la prise en charge des parents et de leurs enfants (Duburcq et Sannino, 2003).

⁵² En 2005, sur les sept formations proposées par l'ANIT, deux d'entre elles ont pour axe principal les « femmes toxicomanes » : « Toxicomanie et parentalité. Mères toxicomanes, des femmes en question » en janvier 2005; « Toxicomanie au féminin : des femmes de nouveau en question » en octobre 2005.

Prévention de la morbidité et mortalité liées aux usages de drogues

Dans la lignée du projet Européen d'établissement des indicateurs pour la surveillance de la santé mentale⁵³ (terminé en 2002), la France devrait mettre en place un système recouvrant la morbidité psychiatrique, la santé mentale positive, les données régulièrement recueillies par les systèmes de soins et les facteurs sociaux de la santé mentale. Ce système contribuerait aux programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des facteurs de risque sur la base des éléments sociodémographiques, contextuels et géographiques recueillis (Lovell, 2004).

Pour Anne Lovell (2004), la surveillance des déterminants du suicide devrait prendre en compte une série d'indicateurs économiques mais aussi sociaux et psychométriques. L'exemple significatif est celui des hommes adultes, sous-employés ou au chômage, alcooliques et dépressifs, vivant peut-être dans une région géographique touchée par la crise économique. Certains groupes sociaux montrent une «sursuicidité», c'est le cas des détenus. Il semble que les hommes jeunes, alcooliques, ayant des troubles de la personnalité et souffrant de dépression sont particulièrement à risque pour le suicide.

Les décès sont majoritairement masculins et les tentatives majoritairement le fait des femmes (Badeyan et Parayre, 2001).

Approches de genre dans l'organisation des traitements

Dans le cadre d'une importante réflexion collective sur le bilan épidémiologique du sida publiée en 2003, les auteurs attestent à quel point la situation épidémique a marqué profondément et durablement l'expérience sociale et la construction identitaire de l'homosexualité, aussi bien masculine que féminine, en France et dans les sociétés occidentales (Broqua et al., 2003).

Comme dans d'autres pays occidentaux, l'équipe insiste sur l'augmentation des prises de risques chez les hommes homosexuels et de là sur celle des nouvelles contaminations VIH⁵⁴. Elle dépeint le faisceau de facteurs favorisant cette reprise des risques : mauvaise information et prévention insuffisante chez les plus jeunes, utilisation de drogues, d'alcool, rencontres via Internet, impact des multithérapies et lassitude (Janier et al., 2003).

Du point de vue des dispositifs de prévention et de traitement, les chercheurs de l'enquête VESPA (ANRS, 2004) constatent toutefois que les programmes de santé publique qui ont rendu plus facile d'accès le matériel d'injection (à partir de 1987) puis les traitements de substitution (à partir du milieu des années 1990) ont réduit la transmission du virus entre les usagers de drogues. Ce groupe, très tôt massivement contaminés, ne constituent plus au fil des années qu'une part très faible des nouveaux cas diagnostiqués, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Approches de genre dans les dispositifs de réinsertion sociale

Si il n'existe pas de système national de recueil d'informations sur les programmes axés sur la réinsertion sociale, on retiendra l'expérience de "Parenthèse de femmes. Un groupe de femmes toxicomanes autour du prendre soin de soi"⁵⁵ (Ruptures, 2002), une action significative d'autres initiatives dispersées et non répertoriées sur le territoire.

Ce programme a été mis en place suite aux constats que d'autres structures de soin dans la majorité des villes en France partagent :

⁵³ Dans le cadre du Plan proposé par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille "Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008", la santé mentale est considérée sous trois dimensions : « la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants ».

⁵⁴ Tout en précisant qu'à ce jour, aucune donnée épidémiologique ne le prouve.

⁵⁵ Financée par Ensemble Contre le Sida.

- « des locaux [étant] exigus, les blocs sanitaires mal adaptés à la mixité, les femmes utilisatrices de la Boutique avaient du mal à trouver l'intimité pour leur toilette et leurs soins corporels. Ces mêmes femmes vivant souvent dans une grande précarité, leurs lieux de vie (squats, foyer, rue...) ne sont pas plus adaptés.
- le souhait des utilisatrices du local de disposer d'un lieu de discussion sur des questions purement féminines. Comme la sexualité (contraception, grossesses, désir, violences, etc...), le droit des femmes, l'esthétisme etc. ... Mais également le désir d'aborder leur histoire, leurs ressentis, et leur rapport aux produits.
- le débat mené depuis plusieurs années, sur Lyon et l'agglomération, autour de la problématique de la vulnérabilité physiologique des femmes face au V.I.H. » (Ruptures, 2002).

Partant de là, Ruptures (Association de santé communautaire pour la réduction des risques et des dommages avec les personnes toxicomanes) a mis en place un programme sur la base d'ateliers animés par des intervenantes extérieures : psychomotricité ; sophrologie ; soins esthétiques ; hammam ; réactualisation des connaissances (organes génitaux, moyens de contraception, réduction des risques liés à la sexualité) ; expérience de relookage.

Dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008, des pistes sont proposées pour favoriser la réinsertion sociale des groupes les plus vulnérables. Pour exemple, des mesures dans le domaine de la sécurité au travail des métiers les plus exposés devraient être renforcées.

Au cours des dernières années, les accidents du travail ont baissé mais le risque d'accidents est plus élevé dans des groupes qui sont aussi ceux dans lesquels la consommation de produits psychoactifs est élevée : hommes, jeunes, de faibles niveaux de qualification, intérimaires et récemment embauchés. La liste des métiers et situations d'emploi à risque d'accidents, y compris d'accidents de circulation en service et accidents de trajet, doit être actualisée afin d'identifier les secteurs prioritaires pour mener une action sur les conditions de travail et des actions de sécurité visant à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

Approches de genre dans le dispositif pénal

Une étude sur les soignantes et les malades incarcérés, leurs conditions et les pratiques des usages des soins en prison⁵⁶ (Bessin et Lechien, 2000) rend compte des relations qui peuvent s'établir entre hommes détenus et femmes soignantes, en ce qu'elles peuvent constituer un enjeu d'intimité mobilisant des pratiques et des valeurs sexuées qui s'avèrent déterminantes dans l'univers carcéral séparant les sexes.

A travers la description de l'accès au soin, la préservation du secret médical, la construction de la confiance, la gestion du confinement des corps et de la souffrance affective, sont restitués les usages possibles des prestations soignantes par les détenus et du refus inscrit dans la stratégie de résistance fondée sur la valorisation de la virilité, propre au milieu carcéral. Une survirilité qu'il et elle définissent comme « un ensemble de conduites visant à rendre supportable l'enfermement, fondées sur la mobilisation du corps : discipline corporelle et acquisition ou entretien d'une autorité proprement physique, sens à vif des brimades et opposition aux surveillants [...], refus de l'offre institutionnelle sur laquelle pèse la rhétorique du soupçon et notamment refus de l'offre médicale » (Bessin et Lechien, 2002).

A propos du devenir des sortants de prison, une première étude, menée en 2001, a tenté de pallier à l'absence d'évaluation des programmes de sortants de prison (Prudhomme et al., 2003). Axée sur la mortalité des hommes sortants, elle n'a pas permis de répondre à la

⁵⁶ Financée par le GIP Mission de recherche Droit et Justice.

question de l'efficacité des UPS en termes d'impact sur la mortalité des sortants⁵⁷, elle a toutefois contribué à mieux informer sur la mortalité des hommes sortants. Une surmortalité des ex-détenus, très significative, a été observée dans la première année suivant leur libération par rapport à la population générale. Cette surmortalité, observée pour les sortants de moins de 55 ans, était particulièrement élevée pour les overdoses.

Le « Quartier Intermédiaire Sortantes-femmes » (ou QIS-femmes) est un dispositif mis en œuvre depuis 1997 dans trois établissements pénitentiaires français (Fleury-Mérogis, Versailles et Fresnes) pour préparer à la libération des détenues volontaires ayant des problèmes de drogues ou d'alcool. Ce programme facultatif est co-géré par une équipe de professionnels, internes ou externes à la prison qui fournissent informations, conseils et formations sur différents aspects de leur prochaine libération : questions de santé (réduction des risques liés aux usages de drogues et à la sexualité; rapport au corps), réseaux de soutien (aider à renouer des liens avec la famille; mise en contact avec des associations de soutien aux personnes prostituées) et la capacité à mener sa vie au jour le jour dans « l'après-prison » (tâches quotidiennes du foyer, finances). Au cours des premières années de fonctionnement, le pourcentage de femmes réincarcérées après leur sortie n'était que de 10% dans le groupe de celles ayant pris part au programme, contre 40 à 50 % pour les autres de la maison d'arrêt des femmes.

Éléments de discussion

Les récents travaux de l'OEDT sur les différences entre hommes et femmes dans les usages de drogues en Europe insistent sur la nécessité d'identifier les influences du genre sur les comportements afin de mieux comprendre leur sens et de développer des réponses appropriées (Montanari et Colin, 2004; EMCDDA, 2005).

Pour éviter toute lecture réductrice qui reviendrait à identifier une « spécificité féminine » dans les usages de drogues, il est important de tenir compte du rôle historique et social des sciences (entre autres médicales) dans la fabrication du féminin et du masculin et dans la légitimation des rôles sociaux et de la domination masculine (Lowy et Gardey, 2000).

Prendre la trame du genre comme catégorie d'analyse nous permet, en ce sens, de rappeler dans quelle mesure « le spécifique qui caractériserait le sexe féminin, le tout et le plein d'un genre humain forcément mâle, mais qui tait cette caractéristique, semble [alors] partie prenante de représentations plus vastes qui ordonnent très largement le social et la pensée » (Lowy et Gardey, 2000, p. 13). On retrouve ici ce qu'affirmait Joan W. Scott des « qualités » qui sont attribuées aux genres : elles s'inscrivent dans des systèmes de pensée ou des concepts construits à différents moments et ayant des contenus différents, concepts dépendant évidemment des relations de pouvoir prévalant dans la société étudiée (Scott, 1986).

Alors que les pays anglo-saxons avaient depuis longtemps développé les « gender studies », la France semble avoir connu un retard important dans ce domaine, même si on la compare à d'autres pays européens (Le Feuvre, 1995). Dès les années 1970, des chercheuses ont souligné que la conceptualisation des sexes se fondait « sur une pensée naturaliste, et plus précisément sur un biologisme dont la particularité est qu'il ne s'applique qu'aux femmes » (Mathieu, 1973; Guillaumin, 1978). Ce n'est qu'au cours des années 1980 que l'importance de la problématique du genre va progressivement s'imposer dans les recherches en sciences sociales sur les usages d'alcool des femmes et des hommes. Mais les progrès restent parfois lents : Berthelot et al. (1984) révélaient encore la survivance de

⁵⁷ En raison du faible passage par le QIS de l'établissement pourtant sélectionné comme établissement pilote UPS.

visions stéréotypées d'une « nature des femmes » qui n'a à ce jour pas disparue du champ de l'alcoolologie en France (Membrado et Clement, 2001).

La variété des modes d'alcoolisation incite donc à resituer les différentes manières de boire dans des cadres plus larges explorant les pratiques sociales, les valeurs et la sociabilité, ce que se sont appliqués à montrer différents travaux anthropologiques empreints des réflexions critiques sur le genre (Nahoum-Grappe, 1991; Douglas, 1987).

C'est dans ce tournant actuel que se situe l'implication de la France dans le projet Gender, Alcohol and Culture, an International Study (GENACIS) (Bloomfield et al., 2005). A partir des données provenant de la plupart des pays Européens, l'étude GENACIS a récemment permis de montrer que plus l'égalité des sexes est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes. C'est particulièrement le cas dans les pays nordiques. Il y a ainsi un certain nombre de facteurs influençant la nature des différences de genre d'un pays à l'autre, et aucune nation ne fait figure d'idéal type en matière de culture d'alcoolisation. Globalement, l'étude montre que le sex ratio de l'usage d'alcool évolue peu avec l'âge pour les différents indicateurs (usage occasionnel, régulier, ivresse...), à l'exception des fortes consommations ponctuelles (« binge drinking ») pour lesquelles les pratiques des jeunes femmes sont relativement proches de celles des jeunes hommes (Bloomfield et al., 2005).

En France, on retrouve des résultats similaires dans les études récentes croisant genre, sexualités (hétérosexualité, homosexualité et bisexualité des hommes et des femmes) et santé (violences, VIH, usages de drogues).

Pour n'en présenter que les grandes lignes, des réflexions menées à partir de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes réalisée en 2000 (Jaspard et al., 2003, enquête ENVEFF) ainsi que celles menées dans le cadre de l'enquête VIH – Enquête sur les personnes atteintes (VESPA)⁵⁸ menée en 2003 et plus largement dans le champ des recherches sur le VIH, nous retiendrons les points suivants :

- s'agissant des femmes ayant eu des rapports homosexuels ou étant attirées par les femmes (Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2003) : elles se situent plutôt dans les catégories socialement favorisées et vivent surtout dans les grandes agglomérations. Plus souvent célibataires, elles ont une vie sexuelle plus diversifiée, commencée plus tôt, avec un plus grand nombre de partenaires, majoritairement des hommes. Elles sont plus souvent fumeuses, rapportent des consommations plus fréquentes d'alcool et surtout d'autres drogues. Elles subissent plus souvent des agressions physiques ou sexuelles et leur état de santé témoigne d'un mal-être psychologique plus fréquent (notamment des tentatives de suicides plus nombreuses). Ces résultats (cohérents avec les données de la littérature anglo-saxonne) renvoient aux difficultés rencontrées dans des situations qui conjuguent indépendance et marginalité sociales.
- De façon générale, les études confirment, parmi les femmes, le lien étroit entre violences subies (sexuelles ou non) et usages d'alcool mais pas de cannabis (Beck et Brossard, 2004, notamment). Toutefois, le groupe ENVEFF comme nombre de chercheurs (Jauffret-Roustide, 2003) intéressés par l'hypothèse d'une synergie des risques⁵⁹ mettent en garde sur l'exercice délicat pouvant conduire à « flirter avec les stéréotypes ». Le groupe ENVEFF insiste sur la nécessité de renforcer la production de connaissances scientifiques sur la thématique genre, sexualités et consommation de substances psychoactives, et d'intégrer des indicateurs sur les types d'usages de

⁵⁸ L'enquête Vespa-Anrs a été menée en France métropolitaine en 2003 auprès d'un échantillon de 2 932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection par le VIH.

⁵⁹ Les situations dans lesquelles les prises de risque sont augmentées sont aussi celles où les consommations de produits sont plus fréquentes et plus intenses.

drogues dans les dispositifs de veille et de recherche consacrés aux comportements sexuels et préventifs afin de vérifier les hypothèses autour de la synergie des risques.

- Les premiers résultats de l'enquête VESPA ont récemment été publiés (ANRS, 2004; Lert et al., 2004). Les hommes sont majoritaires (plus de 7/10 cas), beaucoup d'infections résultant d'une transmission sexuelle entre hommes ou de l'usage de drogues par voie intraveineuse, qui a une forte dominante masculine. Les niveaux des consommations des différentes substances psychoactives sont élevés ; ils varient fortement en fonction de l'âge, du sexe et des groupes qui composent cette population. Les usagers de drogues se caractérisent par un niveau d'étude et de qualification bas et un faible taux d'activité professionnelle⁶⁰. Le niveau élevé des consommations de médicaments⁶¹ témoigne d'un mal-être psychologique fréquent.
- Les groupes de recherche insistent sur le fait que l'engagement dans des consommations de drogues et les conséquences sur la vie sociale et la santé sont étroitement liés à la fois à la classe sociale, au genre et à l'origine ethnique.

Concernant la morbidité psychiatrique, on observe des troubles et des diagnostics fortement différenciés selon le genre, résultant aussi des pratiques d'un champ fortement ancrées dans la dichotomie classique homme-culture/femme-nature (Mathieu, 2000; Oudshoorn, 1994).

D'un point de vue clinique, les stratégies thérapeutiques peuvent s'avérer très variables selon le sexe. Dans les études sur les liens entre usages de drogues et troubles psychiatriques, il existe trop peu d'éléments exploitables pour les drogues illcites. C'est moins le cas pour le tabac, l'alcool ou les médicaments.

Parmi les facteurs responsables de la difficulté à réussir un sevrage tabagique par exemple, la prise de poids et l'apparition de troubles anxieux jouent de manière plus forte pour les femmes. La prise de poids moyenne est d'un kilo supérieure chez les femmes et les troubles anxieux ou dépressifs sont deux fois plus fréquents parmi elles (Lagrué, 2004).

De la même façon, Lovell (2004) souligne que la morbidité psychiatrique s'exprime dans des troubles différents selon le genre : la dépression est plus répandue parmi les femmes, alors que parmi les hommes ce sont surtout les troubles liés à l'abus et/ou la dépendance à l'alcool et aux drogues et les troubles de la personnalité qui sont fréquents. Toutefois, la relation entre dépression et alcool doit être nuancée puisque de nombreuses études soulignent le poids de la situation matérielle dans les troubles dépressifs. En France, la situation face à l'emploi (et sa perte éventuelle) semble ainsi être le facteur socio-économique le plus fortement lié à la dépression, chez les hommes comme chez les femmes. En particulier, la précarité mesurée par le fait d'être bénéficiaire du Revenu minimum d'insertion (RMI) semble associée à la dépression sévère chez les hommes (Lovell, 2004).

Certaines études épidémiologiques montrent qu'en dépit d'une « certaine » vulnérabilité psychologique à l'alcool, les femmes souffrent moins souvent de troubles nerveux d'origine alcoolique que les hommes. Cependant, les femmes seraient diagnostiquées comme dépressives deux fois plus souvent que les hommes (Busfield, 1996; Plant, 1997). Ainsi, hommes et femmes exprimeraient différemment leurs angoisses : consommation importante d'alcool chez les hommes, dépression et recours aux médicaments psychotropes chez les femmes (Tomes, 1990 ; Lovell, 2004).

⁶⁰ 38 % d'actifs seulement en 2003, la proportion ayant baissé de 19 points depuis le diagnostic.

⁶¹ Au cours des trente derniers jours, 21 % des patients interrogés déclarent avoir pris des anxiolytiques, 14 % des hypnotiques, 10 % des antidépresseurs, et 2 % des neuroleptiques. Ces prévalences sont similaires pour les deux sexes, et pour les quatre classes de médicaments, elles sont plus fréquentes parmi les toxicomanes, les homosexuels et les bisexuels (ANRS, 2004).

Ces dernières années, les rapports des équipes de recherche et acteurs de prévention-réduction des risques qui ont intégré les questions du genre (et des sexualités) dans leurs dispositifs de recherche ou d'action concluent à l'unisson sur le manque de moyens pour exploiter ces approches. En 2005, dans les programmes de financement de la recherche (et recherche-action), le genre n'apparaît toujours pas dans les appels d'offres de la MILDT (contrairement à d'autres champs de la santé comme celui du VIH).

Mai 2005

F. Beck*, S. Chaker, S. Legleye*

***OFDT, Université de Toulouse**

frbec@ofdt.fr, chaker@univ-tlse2.fr, stleg@ofdt.fr

12. Politique des drogues en Europe : élargissement par-delà les drogues illicites ?

Champ d'application de la stratégie nationale

Depuis 1999, le champ d'action de la MILDT – Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, institution responsable de la définition, de la mise en œuvre et de la coordination de la politique française de lutte contre les drogues - a été élargi aux produits licites, tels que l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs (hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques et antidépresseurs) et les substances dopantes. Le « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 » a en effet opéré une rupture importante en définissant une stratégie axée sur une « approche globale », en cohérence avec l'élargissement de la notion de drogues aux produits licites (MILDT, 2000). L'approche globale a été fondée sur un consensus médico-scientifique qui met entre parenthèses le statut légal des produits pour s'intéresser aux comportements addictifs et à leurs déterminants et leurs conséquences.

Cette approche, tout en reconnaissant la spécificité pharmacologique et sociale de chaque produit, accorde une priorité aux comportements d'usage plutôt qu'aux produits. Ce parti pris induit des effets spécifiques dans la manière dont sont configurées les politiques publiques. Ainsi par exemple la prévention a-t-elle été organisée en différenciant plusieurs objectifs :

- retarder la rencontre avec un produit psychoactif, son expérimentation ;
- éviter le passage de l'usage occasionnel à l'abus⁶² (ou à l'usage nocif) et à la dépendance ;
- prévenir les dommages occasionnés par certaines formes d'usage et par la dépendance.

De même, le dispositif sanitaire et social, essentiellement tourné vers la référence à la dépendance, a été adapté, de façon à prendre en compte la notion d'usage nocif et l'élargissement aux produits licites. À cette époque sont posées les bases de l'organisation d'une politique générale de prise en charge des consommations abusives qui préconisait le rapprochement entre les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) par la création de nouveaux CSAPA ou centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Sur le plan répressif bien entendu, le statut du tabac, de l'alcool et des médicaments psychotropes n'a pas changé : l'offre et la consommation de ces substances sont légales mais réglementées. Cependant, le dispositif légal et réglementaire lié à ces deux produits s'est endurci progressivement, suivant une tendance amorcée depuis le début des années 1990.

La traduction opérationnelle de ces distinctions conceptuelles en orientations de politique publique a été l'une des innovations majeures de cette période, bien que l'intégration de l'alcool surtout, mais aussi du tabac, dans le champ des drogues ait fait l'objet d'une vive opposition, en raison de l'importance culturelle et économique prêtée au vin et du poids des intérêts économiques attachés à l'industrie du tabac.

⁶² Notion qui fait référence à un type de consommation qui se définit par l'existence de dommages liés à une consommation répétée sans signes de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'abus par le DSM IV et de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10.

L'actuel « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool », adopté en juillet 2004, réaffirme la prise en compte des produits licites dans le champ de la lutte contre les dépendances (MILDT, 2004). Dans le prolongement du plan triennal, le plan d'action 2004-2008 prend acte « des résultats de la recherche et des évolutions dans les modes de consommation et les populations concernées » (p.5) et propose une « approche pragmatique par produit » (p.6) qui se décline en termes de prévention, d'information, de soins et de répression. Le plan quinquennal souligne la difficulté de « traduire en action le concept d'approche globale » (p.5) relevée dans le rapport d'évaluation du plan triennal (OFDT, 2003, et se reporter également à la section suivante de l'article) et annonce une volonté de « tirer parti de cette approche dans les domaines où elle pouvait être utile sans en faire le principe directeur de son action » (p.6).

Autrement dit, le plan gouvernemental propose des axes stratégiques par produit et accorde une place majeure à la prévention, en rappelant que « l'âge précoce des consommations est un facteur de gravité supplémentaire » (p.6). L'objectif général de prévention du plan consiste à empêcher et retarder l'âge de l'expérimentation de tous les produits ayant un potentiel addictif, en particulier le tabac et l'alcool qui ont un « impact sanitaire très fort en raison de la taille des populations concernées, du caractère durable de ces consommations au cours de la vie, de la dimension sociale et culturelle de celles-ci et des risques de pathologie graves qui leur sont associés » (p.6). Compte tenu de cet angle d'attaque, la population des jeunes est particulièrement ciblée par l'action préventive du plan.

Ces objectifs prioritaires, visant à mener une « lutte déterminée sur tous les fronts [...] contre le tabac » (p.5) et à s'attaquer « à l'acceptation encore trop complaisante des nuisances liées à l'alcool » (p.5) sont déclinés par volet d'intervention thématique (avec une part primordiale accordée à la prévention) et articulés à des indicateurs d'évaluation quantifiés (renvoyés en annexe du plan).

Sur les problématiques liées à l'alcool, le plan envisage de réduire de 20 % la consommation d'alcool moyenne par habitant, conformément aux critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) repris parmi les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 (11 août 2004, n°185). Cet objectif invite à développer des actions visant à réduire les niveaux de consommation pour respecter les seuils de « consommation modérée » de l'OMS (ne pas dépasser une consommation équivalente à 2 verres⁶³ d'alcool par jour pour les femmes, 3 pour les hommes, ne pas consommer plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool). Il implique également la réduction des ivresses, l'abstention de consommation d'alcool pendant la grossesse et lors d'activités comportant des risques d'accident pour soi ou pour autrui. Il en résulte donc une stratégie multiforme, en accord avec les orientations de la stratégie d'action alcool 2002-2004 de la Direction générale de la santé (2001) :

- dans le champ de la prévention, le plan s'appuie sur plusieurs types d'actions : une communication publique intensive diffusant les repères d'une consommation modérée et reposant sur des messages adaptés aux différentes catégories de buveurs ou aux modalités de consommation d'alcool ; des actions de prévention des accidents ; le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire ; l'application effective des mesures réglementaires visant à créer un contexte favorable à une consommation faible (application de l'interdiction de vente aux mineurs, veille judiciaire) ou l'adoption de nouvelles mesures ; un repérage en médecine générale de l'usage à risque, une motivation et une aide aux buveurs pour réduire leur consommation ;
- en termes d'information, de formation et de communication : développer un programme de formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève auprès des buveurs excessifs ;

⁶³ Le terme verre désigne le "verre standard" ou unité internationale d'alcool qui correspond en moyenne à 10 grammes d'alcool pur.

- en matière de soins : améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes (avec une attention particulière aux usagers incarcérés) et la prévention de rechutes et sensibiliser aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- dans le domaine de l'application de la loi : respect de la législation relative à l'alcool, qu'il convient, aux termes du plan, de faire évoluer et de faire respecter plus rigoureusement ;
- en ce qui concerne le développement des connaissances (recherche et observation), afin de documenter les comportements de consommation, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible.

Le plan gouvernemental fait écho aux orientations du plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 pour la baisse des consommations de tabac (MILC, 2003). Ses objectifs à cinq ans sont de :

- diminuer l'expérimentation et en retarder l'âge de 14 à 16 ans ;
- inciter les fumeurs au sevrage tabagique plus précocement ;
- diminuer le tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5 % à 20 % ;
- réduire le tabagisme passif.

Le programme d'action envisagé pour atteindre ces objectifs consiste à associer l'action sur l'offre (en augmentant les taxes, en restreignant la publicité, en pratiquant des restrictions de vente aux mineurs de moins de 16 ans, en favorisant une « école sans tabac », ou encore en orchestrant une campagne de communication) à une action visant à mieux faire appliquer la législation limitant la consommation de tabac dans les lieux collectifs, pour protéger les non-fumeurs et jouer un rôle dissuasif vis-à-vis des fumeurs.

Ainsi, les actions de lutte contre le tabagisme reposent sur une batterie d'objectifs :

- de prévention (empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non-fumeurs) ;
- d'information, de formation et de communication : le numéro d'appel drogue-tabac-info services DATIS a été remplacé par des numéros diversifiés par produit (Tabac info service par exemple), afin d'offrir une information spécifique et individualisée et une possibilité d'orientation. Le plan appelle à prévoir des campagnes de communication et à améliorer la formation des professionnels de santé sur les problèmes spécifiques liés à l'arrêt du tabagisme ;
- de soins : les axes d'intervention évoqués dans le plan consistent à favoriser les expériences de prise en charge des substituts nicotiques et le développement des consultations d'aide à l'arrêt ;
- de respect de la législation (faire évoluer et respecter la législation relative au tabac) ;
- de développement des connaissances (recherche et observation) : améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, les dommages sociaux et sanitaires induits et les méthodes de prévention et d'éducation à la santé ;
- de lutte contre la contrebande : le plan gouvernemental vise à renforcer la lutte contre le trafic organisé de cigarettes et la vente illicite au détail constatée dans certaines grandes métropoles (Marseille, Toulouse, Paris), en particulier depuis la campagne de hausses successives du prix des cigarettes.

L'ensemble des orientations et des objectifs quantifiés contenus dans le plan quinquennal ont été définis en conformité avec les fondements de la politique nationale de santé publique affirmés dans la loi de santé publique du 9 août 2004 – qui vise à doter le pays des structures et de la démarche nécessaires pour mettre en oeuvre une politique ambitieuse de protection et de promotion de la santé de la population (Journal Officiel, 11 août 2004,

n°185). Parmi les « 100 objectifs de santé publique » posés pour traiter chacun des problèmes sanitaires retenus à l'issue de la consultation nationale, on trouve un « objectif quantifiable » pour chacun des deux produits. Il s'agit ainsi de :

- réduire la prévalence de l'usage excessif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance (en s'attachant à moyen terme à diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 %, c'est-à-dire passer de 10,7 litres/an/habitant en 1999 à 8,5 litres/an/habitant d'ici 2008) ;
- réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel (en envisageant d'abaisser la prévalence du tabagisme pour les fumeurs quotidiens de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes d'ici 2008).

La référence aux médicaments psychotropes n'est pas présente de façon spécifique et explicite dans le plan gouvernemental : elle est toutefois suggérée à plusieurs reprises, partant de l'hypothèse selon laquelle les médicaments psychotropes sont intégrés dans le champ des substances dont il convient de combattre la consommation et les dommages, dans le prolongement des axes d'intervention définis dans le plan précédent.

Sur le volet de prévention du dopage, le plan vise à mener dans les milieux sportifs (auprès des jeunes et des cadres en particulier) des actions de formation, de sensibilisation et de prévention adaptées. Les objectifs assignés à ces actions sont de :

- participer à la formation de professionnels des champs sanitaire et éducatif à intervenir auprès des différents publics sportifs ;
- renforcer les compétences des éducateurs sportifs à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des jeunes consommateurs ;
- rendre les jeunes sportifs autonomes dans leurs choix de comportement de consommation et aptes à demander du soutien.

Par ailleurs, dans le prolongement des acquis du plan triennal, le plan gouvernemental 2004-2008 pose plusieurs objectifs transversaux à l'ensemble des produits, en faisant référence à la notion d'addiction : améliorer l'efficacité du système de soins dans le repérage et le traitement en favorisant la création de centres de référence en addictologie ; promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche.

Enfin, bien que la question de l'intégration des « addictions sans produit » dans le champ d'action de la MILDT suscite des débats récurrents, dans la presse ou parmi les spécialistes de l'addiction, ce problème ne fait pas l'objet en France d'une véritable politique publique. Au cours de la période 1998-2002, une réflexion a été ouverte sur le sujet, comprenant notamment le jeu pathologique, l'usage immodéré d'Internet ou des jeux vidéo, l'achat compulsif ou les troubles de la conduite alimentaire tels que la boulimie et l'anorexie. Celle-ci s'est appuyée, une fois encore, sur les conclusions des spécialistes qui estiment que les addictions à Internet ou aux jeux vidéo obéissent à des mécanismes comparables à ceux des drogues et nécessitent des réponses thérapeutiques proches. Ces discussions émergentes ne se sont pas traduites par des changements institutionnels.

Origines et arguments de l'élargissement de la stratégie aux drogues licites

L'élargissement de la stratégie nationale de lutte contre les drogues aux substances licites en 1999 s'est appuyé sur l'état des connaissances scientifiques acquises, notamment sur les recommandations contenues dans les rapports récents (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies, 1994; Parquet, 1997). Il s'est

traduit par des stratégies distinctes à travers les deux plans gouvernementaux adoptés depuis cette date. A partir des faiblesses connues du dispositif français de lutte contre la drogue, un certain nombre d'évolutions souhaitables ont été tracées, conduisant à revoir la politique de prévention et de prise en charge menée en France jusqu'en 1999.

L'élargissement aux drogues licites a reposé sur plusieurs constats⁶⁴ essentiels :

- l'évolution des modes de consommations qui font état d'une stabilité (voire d'une diminution) de la consommation d'héroïne, d'une augmentation de la consommation de cannabis, de l'accessibilité de plus en plus importante aux drogues de synthèse, de la fréquence croissante des consommations abusives associant produits licites et illicites ;
- dans le même temps on observait un accroissement des consommations d'alcool fort chez les jeunes avec ivresses répétées, de médicaments psychoactifs comme dans tous les pays développés et une banalisation des produits dopants ;
- les travaux les plus récents montraient une base moléculaire commune à toutes les dépendances ;
- la difficulté à concilier l'action répressive et l'action sanitaire ;
- le manque de diversification du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes relativement développé dans une orientation encore marquée vers les personnes dépendantes aux opiacés ;
- l'insuffisance de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et des consommateurs de tabac au regard de l'importance des populations concernées ;
- le repérage tardif des consommations abusives et un accès aux soins trop tardif ;
- la diversité des financements et l'absence de programmation territoriale des dispositifs de prévention et de soins entraînant des disparités importantes ;
- l'attitude relativement fermée des dispositifs de droit commun (médecine de ville, hôpital) à l'égard des usagers de drogues.

Le rapport du Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies (1994) a, le premier de façon significative, remis en cause la distinction – jugée pharmacologiquement arbitraire - entre les drogues licites et illicites, considérant qu'elle ne repose sur aucune base scientifique ou pratique. Le rapport a mis l'accent sur l'importance de la prévention, en soulignant que la santé des usagers de drogues, quel que soit le statut légal du produit, doit être prioritaire.

Dans le prolongement de ces conclusions, le rapport Parquet, intitulé « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives » (1997), est venu souligner que les évolutions de la problématique des drogues imposaient des solutions plus pragmatiques qu'un discours sur l'abstinence tel que celui qui avait été tenu pendant près de trois décennies. Rappelant les effets neurobiologiques communs aux produits licites et illicites sur le psychisme et les déterminants psychosociaux et environnementaux des conduites addictives, le rapport en concluait que, bien plus que le produit lui-même, c'est le comportement de consommation qui détermine le risque et qui distingue l'usage nocif et la dépendance. Il proposait un message de prévention en conséquence, qui cible les substances psychoactives, terme générique qui recouvre les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes.

⁶⁴ D'après la lettre de mission de N. Maestracci, alors Présidente de la MILDT, fixant les objectifs du groupe de travail RASCAS chargé de mener la réflexion sur les aspects communs et spécifiques aux usages des différentes substances psychoactives.

L'approche par le comportement prônée dans ce rapport soutenait également une distinction de l'usage, de l'abus (ou usage nocif) et de la dépendance, qui était déjà présente dans les classifications internationales de référence (notamment dans la 10ème version de la classification internationale des maladies – CIM 10 – de 1992 ou la 4ème version du manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux – DSM IV – de 1994) qui présentaient l'avantage d'intégrer une dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet. Bien qu'il défende le maintien de l'objectif « traditionnel » des politiques de prévention – éviter l'initiation de la consommation de substances psychoactives –, le rapport préconisait une démarche qui aille au-delà, en prévenant aussi le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance.

Dans ce sens, la réflexion du Pr. Parquet constitue une avancée importante dans l'approche de la prévention : elle suggère en effet de bâtir la stratégie de prévention sur une logique de programme, afin d'établir des objectifs diversifiés, adaptés aux besoins spécifiques des populations. De plus, le développement d'une culture commune – érigé en objectif dans le plan triennal 1999-2001 – y est posé comme l'une des modalités essentielles de la recherche d'un discours cohérent entre les différents interlocuteurs oeuvrant dans le champ de la prévention (services d'État, professionnels, médias, groupes de consommateurs ou autres groupes communautaires). Les conclusions de ce rapport ont donc été concrètement intégrées dans l'élaboration d'une stratégie de prévention différenciée, qui concerne l'ensemble des produits et qui distingue les niveaux d'usage.

S'appuyant sur ces éléments de connaissance scientifique, l'une des principales caractéristiques du plan triennal a été d'élargir le programme du gouvernement à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychoactifs et aux substances dopantes, ce qui ne signifie pas que toutes ces substances aient été traitées de la même façon sur le plan juridique et en termes de soins ou de prévention. Le plan d'action n'a pas été cloisonné par produit : il a construit ses axes d'intervention en référence aux comportements d'usage, considérant que les points communs entre drogues licites et illicites étaient plus nombreux que les spécificités de chacun des produits. Dans cette logique, la référence à la notion d'addiction a été largement développée. Le plan quinquennal a tempéré ce parti pris en privilégiant une approche par produit, tout en empruntant aux schémas cognitifs de l'approche globale.

La traduction en action de ce concept d'« approche globale » à partir de 1999 a été commentée et discutée dans le rapport d'évaluation du plan triennal réalisé par l'OFDT (2003). Celui-ci a considéré que la notion s'était révélée plus complexe et difficile à mettre en œuvre qu'il n'y paraissait. Si les efforts de constitution d'une culture commune sur l'ensemble des réponses publiques et des produits psychoactifs ont porté leurs fruits, le rapport a estimé en revanche que la prévention, les soins et la répression ont eu du mal à rendre l'approche globale opératoire :

- En matière de prévention, tant par la communication sociale que par les actions de terrain, l'approche globale axée sur les comportements des usagers plutôt que sur les produits n'a pas réussi à préciser ses objectifs opérationnels. La possibilité d'adresser des messages globaux capables d'atteindre des cibles spécifiques, tant en termes de publics que de produits, s'est heurtée à des difficultés de traduction opérationnelle.
- En matière de soins, l'application de l'approche globale, qui devait déboucher d'abord sur la définition de modalités concrètes de prise en charge tenant compte de ce qui est commun aux différents produits et de ce qui leur est spécifique, et à terme, sur l'uniformisation administrative des structures, a montré ses limites, faute de rapprochement suffisant des pratiques et des réponses médicales.
- En matière répressive enfin, l'approche globale n'a pas su s'affranchir de l'état des lois. Le plan n'a pas conduit à la modification de la loi : ni prohibition généralisée de

toutes les drogues, ni régime unique de légalisation contrôlée. L'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes restent des substances dont l'offre et la consommation ne sont pas interdites. Les stupéfiants étant toujours illicites, l'approche globale s'est manifestée par une volonté de substituer une plus grande médicalisation à la répression classique concernant l'usage de drogues illicites, particulièrement du cannabis, et aux conséquences pénales de la consommation abusive d'alcool.

Si l'approche globale a ouvert l'ère de l'indifférenciation des produits, ses traductions immédiatement observables sont apparues limitées dans la période d'application du Plan triennal. Après avoir établi ce constat, le rapport d'évaluation du plan triennal pose la question : comment pouvait-il en être autrement ? Le Plan quinquennal (2004-2008), sans revenir sur la légitimité de l'approche globale, a choisi de privilégier une approche par produit. La MILDT a ainsi recentré ses objectifs et sa sphère d'activité sur les consommations les plus massives en population générale (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis). Le cannabis en particulier a été ciblé dans le plan d'action, partant de l'idée selon laquelle ce produit aurait connu une banalisation auprès des jeunes.

En outre, le principe de l'élargissement de la notion de drogues aux produits licites ne semble pas définitivement acquis. Ainsi, lors de la parution de l'actuel plan quinquennal et dans la période qui a suivi, l'intégration de l'alcool dans le périmètre des drogues a été rediscutée, en référence au statut particulier accordé au vin. Lors des discussions parlementaires sur le projet de loi relatif au développement des territoires ruraux en octobre 2004, les sénateurs s'étaient attiré les foudres des associations anti-alcooliques en introduisant en première lecture dans le projet de loi un dispositif dérogatoire à la loi Evin, autorisant dans la publicité pour le vin des références à ses « caractéristiques sensorielles et organoleptiques ». Au cours des débats parlementaires, certains députés ont revendiqué une « union sacrée autour du vin » et appelé à une « trêve dans les attaques systématiques contre le vin ». La question de supprimer l'obligation de mention des dangers de l'alcool sur la santé figurant sur les bouteilles de boissons alcoolisées a même été posée en séance.

Au nom de l'ampleur des consommations de vin en France et de leur dimension culturelle, ainsi que pour préserver les intérêts économiques de la filière viticole (600 000 professionnels), le vin a traditionnellement, parmi les alcools, bénéficié d'un régime particulier : c'est, par exemple, le moins taxé des alcools puisque sa fiscalité est 32 fois moins élevée que celle des alcools forts. La mise en péril de ce statut par les spécialistes en alcoologie, partisans d'une lutte sans concession contre l'alcoolisme, déclenche régulièrement de vives protestations de la part des viticulteurs, producteurs et distributeurs, relayés par les députés élus dans des circonscriptions rurales marquées par l'emprise du secteur de production viticole. Cette controverse a été tranchée avec l'adoption en janvier 2005, lors de l'examen en deuxième lecture du projet de loi sur les territoires ruraux, d'un amendement de compromis, précisant les règles encadrant la publicité collective pour le vin : le texte dispose que celle-ci peut comporter des références et des représentations relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine et à leurs éléments constitutifs, ou aux indications géographiques protégées. Elle doit être limitée à la description du produit (et non à l'acte et aux effets des consommations), apporter des indications objectives (et non subjectives), à des fins informatives (et non incitatives). Cet exemple témoigne cependant des ambiguïtés d'une politique publique « globale », prise en tenailles entre une logique de santé publique et une logique économique et commerciale contradictoires.

Le problème du dopage est venu au centre du débat politique sur les drogues en 1998. C'est dans ce contexte qu'il a été intégré dans le champ d'intervention de la MILDT. Une expertise collective « dopage et pratiques sportives » avait en effet été réalisée par le CNRS sur les aspects sociologiques, psychologiques, pharmacologiques et toxicologiques des pathologies

associées au dopage, dont le rapport d'étape paru en août 1998 dressait un certain nombre de recommandations à visée préventive (Escande et Roussel, 1998) :

- développer l'étude de la liaison existant entre dopage et toxicomanie ;
- introduire au niveau français et européen la donnée « pratique du sport » dans les systèmes de recensement de pharmacovigilance ;
- demander officiellement à l'AFSSAPS d'exiger des études spécifiques chez le sportif, lors du dépôt pour une autorisation de mise sur le marché (AMM) de nouveaux produits risquant d'être utilisés comme produits dopants ;
- initier des études épidémiologiques ayant pour but d'évaluer l'étendue du phénomène dopage et la gravité de ses conséquences sur la santé des athlètes à court, moyen et long terme ;
- mettre en place un enseignement obligatoire concernant le dopage, destiné aux professions de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue.

Un certain nombre d'actes législatifs ont alors été posés en réponse à cette problématique (arrêté du 10 septembre 1998 (Journal Officiel, 29 septembre 1998), arrêté du 2 juillet 1998 (Journal Officiel, 21 juillet 1998), décret n°98-464 du 10 juin 1998 (Journal Officiel, 17 juin 1998)), de façon à adapter l'arsenal législatif existant relatif à la prévention et à la répression de l'usage de produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives.

Responsabilité et compétences (coordination)

Depuis l'adoption de la loi organique relative aux lois de Finances⁶⁵ (LOLF) du 1er août 2001, une nouvelle organisation administrative et budgétaire a été approuvée (Journal Officiel, 2 août 2001, n°177). Selon cette réforme, le Président de la MILDT - rattachée au Premier ministre - est responsable de la mise en oeuvre du programme « Drogue et toxicomanie ». Pour 2005, la MILDT s'est vu attribuer 38 millions d'euros, répartis autour de trois actions prioritaires pour lutter contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : des actions de coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif ; des actions d'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi et enfin, des actions de coopération internationale. Ce programme, qui appartient à la mission Santé⁶⁶ du gouvernement, s'inscrit toutefois dans un environnement interministériel fort puisque la lutte contre les drogues (tabac, alcool et drogues illicites) implique une vingtaine de départements ministériels. Par ailleurs, il doit aussi mobiliser les collectivités locales et les associations autour des objectifs du plan gouvernemental, qui constitue le cadre de référence du programme.

Le rôle de coordination de la MILDT porte sur l'ensemble des initiatives nécessaires à la conduite des actions des ministères au service d'une politique cohérente de lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac.

- Il s'agit de permettre à la fois le rappel de la loi et la prise de conscience sanitaire et sociale des conduites à risque, à travers de formations intercatégorielles communes aux différents acteurs de la prévention (policiers, gendarmes, personnels des établissements scolaires ou de clubs sportifs).

⁶⁵ L'ordonnance du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances - qui a été entièrement abrogée le 1er janvier 2005 - définissait les compétences et les pouvoirs du gouvernement et du Parlement pour les finances de l'Etat. La réflexion qui s'est engagée au Parlement, dans les années 1998-2000, autour de l'efficacité de la dépense publique et du rôle des assemblées en matière budgétaire, a vu naître une volonté politique consensuelle de moderniser les règles budgétaires et comptables, posées par l'ordonnance organique de 1959. La mise en oeuvre de la nouvelle constitution financière aura duré à peine quatre ans, de sa promulgation en 2001 au vote de la loi de finances pour 2006 selon les nouvelles règles.

⁶⁶ Dans le cadre du projet de loi de Finances pour 2005 et selon les dispositions prévues par la réforme budgétaire de 2001, la Mission Santé comporte trois autres programmes, à savoir : Santé publique et prévention, Offre de soins et qualité du système de soins, Conception et gestion des politiques de santé.

- Il s'agit également de s'appuyer sur le programme de recherche piloté par la MILDT, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique et qui permet de lancer des appels d'offres auprès des établissements publics de recherche, de disposer d'expertises collectives permettant à tous les ministères d'avoir le même niveau d'information sur l'état des connaissances scientifiques sur les risques et les conséquences sanitaires des consommations.
- L'orchestration des campagnes de communication commanditées par la MILDT relève essentiellement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Le programme alcool développé plus haut vise à promouvoir une consommation faible et à alerter sur les risques associés à une alcoolisation régulière. La communication d'ores et déjà planifiée par l'INPES pour la période 2004-2006 s'appuie sur des campagnes télévisées et des actions hors médias. Parallèlement aux actions "grand public" réalisées par l'INPES, de nombreux services de prévention développent des outils destinés à leurs actions ou proposés à des acteurs de terrain. La labellisation de ces outils par la MILDT garantit la validité des informations et la valeur préventive des contenus.
- Sur le plan de la prise en charge, le dispositif de soins repose sur la planification de l'offre de soins au niveau régional, même si celle-ci reste inégalement répartie. Le développement de l'offre de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool reste « très insuffisant » (p.31), selon les termes du plan quinquennal. Les carences identifiées portent sur l'offre de soins dans certains secteurs géographiques, sur la coordination entre structures, en particulier entre médecine de ville et secteurs spécialisés et sur la prise en charge des troubles psychiatriques associés. L'une des pistes d'amélioration proposée par le plan consiste à réorganiser les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) dans le cadre d'établissements médico-sociaux nommés CSAPA. Ces centres pourront proposer des soins soit simultanément pour les divers types d'addiction, soit exclusivement pour des problèmes d'alcool ou de tabac (notamment). Les activités concernant l'alcool, le tabac ou d'autres substances doivent être définies dans le projet d'établissement, dans le cadre de programmes distincts (détaillant le projet thérapeutique, les horaires de consultation, les personnels affectés, etc.). Les CSAPA peuvent être développés sur un seul site ou associer différentes structures en réseau. Par ailleurs, la couverture actuelle en équipes de liaison en addictologie (créées dans le cadre du plan précédent) « ne répond encore qu'insuffisamment aux besoins » selon l'actuel plan gouvernemental (p.34). Ces équipes sont chargées d'assister les équipes soignantes de l'hôpital pour le repérage et la prise en charge des patients hospitalisés ayant des problèmes d'abus ou de dépendance et d'élaborer les protocoles de soins pour celles-ci lors des hospitalisations. Elles devraient être généralisées dans l'ensemble des départements de façon à renforcer les personnels existants.
- La protection des non-fumeurs requiert une meilleure application et un meilleur contrôle des restrictions législatives existantes, redonnant à la loi en vigueur (dite loi Evin) sa valeur dissuasive. Cette tâche implique une action coordonnée de nombreux ministères dont le pilotage constitue un axe prioritaire du programme « drogue et toxicomanie ». A cet effet, le Premier ministre avait demandé expressément à la MILDT, par lettre de mission du 17 juillet 2004, de piloter l'ensemble du dispositif d'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, afin d'améliorer le respect de la loi Evin dans ce domaine.

En termes de pilotage local et de maillage territorial, les priorités définies au niveau national sont relayées au niveau territorial par les coordinateurs et chefs de projet drogues et dépendances dans chaque département. Il est demandé à ces chefs de projet de coordonner, sous l'autorité du préfet, les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues. Leur mission se traduit par des programmes territoriaux axés autour :

- des conventions départementales d'objectifs passées entre les procureurs et les DDASS, afin d'offrir dans le cadre des alternatives aux poursuites une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice ;
- d'actions de prévention scolaire, péri et extrascolaire, pour lesquelles ils devront notamment veiller à ce que les messages et actions en direction des jeunes soient validés, cohérents et comprennent tous les aspects législatifs sanitaires et sociaux ;
- d'actions locales liées au respect de la loi Evin dans les lieux publics ;
- de toute action entrant dans les grands axes du plan gouvernemental.

Pour apporter un soutien technique à ces chefs de projet et coordonnateurs, un dispositif de Centres d'information de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD) a été créé dont les missions de conseil méthodologique, d'observation et de documentation doivent répondre à l'ensemble des volets de la politique gouvernementale. Ce réseau des CIRDD, labellisé par la MILDT, actuellement incomplet et hétérogène, se réorganise au niveau régional, et parfois interrégional, afin de mieux répondre aux besoins locaux et de permettre une mise en commun des moyens.

Pour conclure, il est important de souligner que la MILDT n'a pas vocation à intervenir directement dans la mise en oeuvre de différentes problématiques liées à la lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac mais à impulser et coordonner les différents intervenants du champ en leur donnant les outils nécessaires à la conduite de leurs actions.

Mai 2005

I. Obradovic et C. Diaz Gomez

OFDT

ivobr@ofdt.fr, crdia@ofdt.fr

Textes officiels de référence :

Journal Officiel (2 août 2001, n°177), Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES (NOR: ECOX0104681L).

Journal Officiel (11 août 2004, n°185), Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004, rectificatif paru au JO n° 186 du 12 août 2004; second rectificatif paru au JO n° 276 du 27 novembre 2004 (NOR: SANX0300055L).

Journal Officiel (17 juin 1998), Décret du Président de la République non délibéré en Conseil des Ministres 98-464 du 10 juin 1998 PORTANT PUBLICATION DE L'AMENDEMENT A L'ANNEXE DE LA CONVENTION CONTRE LE DOPAGE DU 16 novembre 1989, ADOPTE A STRASBOURG LE 28 février 1998 (NOR:MAEJ9830054D).

Journal Officiel (21 juillet 1998), Arrêté ministériel du 02 juillet 1998 MODIFIANT ET COMPLETANT L'ARRETE DU 03-12-1992 PRIS EN APPLICATION DE L'ART. 1 DU

DECRET 91837 DU 30-08-1991 MODIFIE CONCERNANT LES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI 89432 DU 28-06-1989 RELATIVE A LA PREVENTION ET A LA REPRESSION DE L'USAGE DE PRODUITS DOPANTS A L'OCCASION DES COMPETITIONS ET MANIFESTATIONS SPORTIVES (NOR: MJSK9870070A).

Journal Officiel (29 septembre 1998), Arrêté ministériel du 10 septembre 1998 COMPLETANT L'ARRETE DU 11 JUILLET 1994 PRIS EN APPLICATION DE L'ART.1 DU DECRET 93170 DU 27-03-1993 CONCERNANT LES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI 84610 DU 16-07-1984 RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA PROMOTION DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET PAR LA LOI 89432 DU 28-06-1989 RELATIVE A LA PREVENTION ET A LA REPRESSION DE L'USAGE DE PRODUITS DOPANTS A L'OCCASION DES COMPETITIONS ET MANIFESTATIONS SPORTIVES (NOR: MJSK9870118A).

13. Usages de drogues dans l'espace festif en France : situation en 2004 et éléments d'évolutions récentes

Introduction

La fête, les lieux festifs, les moments festifs, sont fréquemment l'occasion de consommation de produits psychotropes licites et illicites. Depuis son émergence en France à la fin des années 1980, le mouvement festif techno est associé à des consommations de produits psychoactifs, en particulier de stimulants telle la MDMA, molécule de l'ecstasy. Si des conduites d'excès peuvent être observés dans d'autres espaces festifs, les usages de drogues illicites y apparaissent modérés lorsqu'ils ont été étudiés (Aquatias et al., 2001). En 1999, un important travail coordonné par la mission rave de médecins du monde permet de décrire de nombreux aspects de l'espace festif techno et, entre autres, objective l'existence de fréquentes consommations de produits psychoactifs (Sueur et Bastiannelli, 1999). Cet article présente un état des lieux des consommations dans l'espace festif techno français en 2004 et quelques évolutions survenues au cours des dernières années.

Les informations utilisées proviennent essentiellement de deux sources d'information : le dispositif TREND de l'OFDT et une enquête quantitative auprès d'usagers de l'espace festif « musiques électroniques » réalisée en 2004 et 2005.

Depuis 1999, dans le cadre du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) l'espace festif techno a été défini comme l'un des deux espaces principaux d'observation (Bello et al., 2004). Par espace festif techno, on entend les lieux où se déroulent des événements relevant essentiellement de la culture techno, tels les clubs, teknivals, free-parties, rave-parties, pubs qui font leur promotion grâce à la musique électronique (« soirées urbaines »), soirées privées... Il s'agit d'un espace à forte prévalence et incidence de consommations de produits psychotropes. Un réseau multicentrique d'observateurs de cet espace permet de dresser un panorama annuel des produits consommés, modalités d'usage, profil des usagers⁶⁷.

En complément de ce travail d'observation à tonalité qualitative, une enquête quantitative auprès de personnes fréquentant l'espace festif « musiques électroniques » a été réalisé en 2004 et 2005. Une cartographie de l'espace festif « musiques électroniques » a été obtenue à partir d'un recueil de données ethnographiques. Ce préalable ethnographique a permis la reconstruction artificielle d'un plan de sondage sur la base d'une typologie de quatre sous populations (free/rave, soirées urbaines, clubbing et soirées select). Dans un second temps des données ont été recueillies auprès des usagers à l'aide d'un questionnaire en face à face. Près de 1 500 personnes ont été enquêtées dans cinq agglomérations (Bordeaux, Metz, Nice, Rennes, Toulouse) (Reynaud-Maurupt et al., 2004).

Ces constats sont précédés d'un rappel du cadre légal des événements festifs de culture techno et des actions de réduction des risques en direction des usagers de produits psychotropes.

Le cadre légal en France

Le cadre légal des événements festifs de culture « techno »

Jusqu'à la fin 2001, les rave-parties et free-parties se déroulaient sans cadre légal particulier. Le nouvel article 23-I de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité (issu de la loi n°2001-1062 du 15 novembre 2001) a conféré un nouveau cadre juridique à ces rassemblements. Les organisateurs sont désormais tenus de déclarer leur projet aux préfets des départements sur le territoire desquels les « rave-parties » sont prévues.

⁶⁷ Pour plus de détails sur les méthodes d'observation utilisées voir (Bello et al., 2004, pages 23 à 30).

Le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 précise les modalités de déclarations. Les personnes privées organisatrices de rassemblements festifs à caractère musical dans des espaces non aménagés à cette fin doivent déclarer leur manifestation au Préfet du département un mois avant la date prévue dès lors que le rassemblement répond aux caractéristiques suivantes : diffusion de musique amplifiée, effectif des participants dépassant 250 personnes organisateurs compris, rassemblement annoncé par voie de presse, affichage, tract ou tout autre moyen de communication ou de télécommunication ; présence de risques pour la sécurité des participants en raison de l'absence d'aménagement ou de la configuration des lieux. La déclaration doit être accompagnée de l'autorisation d'occuper le lieu donné par le propriétaire ou le titulaire du droit réel d'usage. Elle doit décrire les dispositions prévues par les organisateurs pour garantir la sécurité et la santé des participants, la salubrité, l'hygiène et la tranquillité publique. Le non respect de l'obligation de la déclaration ou la tenue d'une « rave partie » en violation d'une interdiction prononcée par le Préfet est passible d'une amende (1 500 €). En outre, le décret prévoit comme peine complémentaire la suspension pour une durée de trois ans ou plus du permis de conduire, la confiscation « de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit », 20 à 120 heures de Travail d'Intérêt Général.

Actions de réduction des risques en milieu festif

L'article 12 de la loi de santé publique du 9 août 2004 inscrit la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues dans le code de santé publique. Elle devient du ressort de l'Etat et est officiellement définie comme visant à « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».

Un décret paru en 2005 (n° 2005-347 du 14 avril 2005) précise le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

Les objectifs des activités de réduction des risques sont donc :

- de prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection ;
- de prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;
- de prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;
- d'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;
- d'améliorer l'état de santé physique et psychique et l'insertion sociale des usagers de drogues (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment)

De nombreuses modalités d'intervention sont évoquées. Il s'agit notamment de :

- prise de contact dans des lieux fréquentés par le public cible ;
- distribution et promotion de matériels d'hygiène et de prévention ;
- information sur les risques associés à l'usage de drogues et leur prévention ;
- conseils personnalisés
- orientation et accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés ;
- mise à disposition d'espaces de repos, distribution de boissons et de nourriture ;
- dispensation de soins infirmiers ;
- récupération du matériel usagé et traitement des déchets septiques.

Ces textes fournissent un cadre légal à des actions de réduction des risques en milieu techno développées depuis plusieurs années par diverses associations (Techno plus,

Médecins du monde, ASUD...) tout en prohibant d'autres tel le testing par réaction colorimétrique (test de Marquis) des comprimés de drogues de synthèse. Du fait de leurs récentes publications, leur impact sur ces actions reste à évaluer.

Les évolutions de l'espace festif « techno »

Les dispositions législatives brièvement présentées plus haut, dont l'application a débuté à la mi 2002, ont induit plusieurs modifications de la configuration de l'espace festif techno français.

En 2002 et 2003 six évolutions majeures ont pu être identifiées :

- une raréfaction, voir sur certains sites une disparition, des événements techno non commerciaux (free-parties) et une augmentation de la confidentialité de ces événements ;
- l'organisation d'événements festifs techno en partenariat avec des établissements commerciaux ;
- un développement des soirées privées de moins de 250 personnes ne donnant pas lieu à une déclaration en préfecture ;
- une augmentation de la fréquentation des clubs et des discothèques ;
- un développement de la participation des adeptes français de fêtes techno à des événements se déroulant dans des pays frontaliers (Belgique, Espagne, Italie, Allemagne) ;
- une réorientation du trafic vers les lieux festifs en développement.

La raréfaction voire la quasi-disparition des free-parties semble principalement liée aux activités des forces de l'ordre qui sont maintenant autorisées, en l'absence d'autorisation préfectorale préalable, à disperser les rassemblements festifs.

Les soirées privées sont de plus en plus observées sur la plupart des sites métropolitains. Elles sont organisées soit chez des particuliers disposant d'espace, soit dans des lieux publics forestiers (entrée gratuite ou sur donation), soit dans une salle louée (soirée souvent payante). Les organisateurs se heurtent souvent à la réticence des loueurs potentiels. Ces soirées ne font pas l'objet d'une médiatisation publique. Elles attirent une partie de l'audience type free-party/teknival qui est informée à partir de réseaux de connaissances.

Les soirées techno en boîtes et discothèques se sont développées au cours des deux dernières années et les consommations de produits y sont assez aisément observées. Concomitamment, les activités des forces de l'ordre dans ces lieux ont été fréquemment rapportés et ont plusieurs fois abouti à des fermetures administratives de clubs ou discothèques.

En outre, les gérants des clubs et des discothèques intensifieraient les contrôles à l'entrée et à l'intérieur de leurs établissements en renforçant leurs services de sécurité internes : « dans ce contexte, la pression des services de sécurité des clubs s'est renforcée et la fouille à l'entrée des établissements serait devenue beaucoup plus soutenue et intrusive qu'auparavant (vérification des papiers d'identité, distribution de petites notes précisant qu'il est interdit d'être en possession de drogues, palpation) » (Bello et al., 2004).

La troisième possibilité qui s'offre aux « teuffeurs⁶⁸ » est de passer la frontière pour trouver des lieux propices aux fêtes qu'ils apprécient. Les observateurs du réseau des sites proches de pays limitrophes font état du développement des migrations de fin de semaine en direction de la Belgique, de l'Espagne ou de l'Italie, soit dans les boîtes ou les discothèques,

⁶⁸ « teuffeurs » : ce sont les participants à la « teuf », c'est à dire la fête en langage inversé.

soit dans des free-parties. Ainsi, les jeunes du nord de la France peuvent aller danser dans les « méga-dancing » belges, tandis que ceux du sud-ouest iront visiter les fêtes techno espagnoles. Les pays frontaliers « semblent constituer les lieux d'accueil privilégiés pour ce type de fête dont les plus fortes proportions de participants sont de nationalité française » (Bello et al., 2004). Certains observateurs du site de Toulouse font état de migrations plus lointaines vers des pays comme la république tchèque et la Croatie, lesquelles deviendraient les terres d'élection d'adeptes des free-parties, notamment en période estivale. Ce groupe serait constitué d'irréductibles qui n'acceptent pas l'institutionnalisation du mouvement techno avec le processus de disparition des fêtes « sauvages et gratuites » au profit d'événements commerciaux, de teknivals autorisés par le ministère de l'Intérieur, ou de fêtes privées.

Au vu de la raréfaction des free-parties, les trafiquants semblent s'être en partie réorientés en direction des clubs et des boîtes de nuit. Par ailleurs, du fait de l'importante activité policière associée à des actions de certains gérants d'établissements, de nombreux trafiquants ont modifié leurs pratiques et évitent de vendre directement à l'intérieur des établissements. Sur certains sites, la vente de produits se fait désormais à l'extérieur, à proximité des clubs et des discothèques, dans les rues et les parkings avoisinant les lieux festifs. Dans les fêtes, les personnes auraient plutôt tendance à arriver munies des produits dont elles ont besoin et non plus à les acheter sur place. C'est bien sûr le cas dans les clubs et les discothèques mais aussi dans les « micro fêtes » organisées par des particuliers. Dans les free-parties qui subsistent, la plupart des observateurs font le même constat : le trafic y est plus discret, les ventes à la criée tendent à disparaître et la revente est assurée par les consommateurs eux-mêmes contrairement à l'époque récente où le deal pouvait être le fait de revendeurs « spécialisés ».

Qui sont les usagers de l'espace festif ?

Au cours des dix dernières années, la population intéressée par la culture et les fêtes « techno » s'est notablement modifiée et étendue. Initialement restreinte à des groupes de personnes souvent porteuses d'une philosophie politique empreinte d'anarchisme, elle s'est « normalisée » en s'accroissant. Si de petits groupes perpétuent la philosophie originelle de la « temporary autonomous zone », la plupart des personnes sont surtout des adeptes de musiques innovantes porteuses d'une fragrance de rébellion.

Si les premiers adeptes du techno dépassent maintenant la quarantaine, les personnes fréquentant les espaces festifs techno restent surtout de jeunes adultes. Dans l'enquête « musiques électronique », les personnes rencontrées étaient âgées de 16 à 52 ans, mais l'âge moyen était de 24 ans et 11 mois. Celui-ci variait selon le type d'espace festif : de 23 ans et 1 mois en free-parties jusqu'à 26 ans et 8 mois en soirées « select ».

Il s'agit d'un milieu qui reste à dominante masculine, les femmes constituaient un peu plus d'un tiers (36 %) de la population enquêtée. Cette proportion varie légèrement selon l'espace festif considéré, de 34,0 % en free-parties à 38,6 % parmi les adeptes du clubbing.

Assez logiquement pour de jeunes adultes, la plupart (77,6 %) des personnes enquêtées sont célibataires et seules 8,8 % ont un ou plusieurs enfants à charge. Si plus des deux tiers (68,5 %) disposent d'un logement autonome, près d'un quart (24,2 %) vivent encore chez leurs parents. Seule une minorité (2,3 %) déclare un logement précaire ou pas de logement.

Leurs occupations ne semblent pas les distinguer drastiquement de la population française de cette tranche d'âge. Plus de la moitié (58,2 %) sont engagés dans une activité rémunérée, un cinquième (20,1 %) dans des études, mais près d'un dixième (9,7 %) sont sans activité ou au chômage. Il s'agit d'une population dont les ressources restent modestes. Plus de la moitié (53 %) ont des ressources mensuelles en dessous de 1 000 euros. La très grande majorité (98,9 %) dispose d'une couverture sociale.

Les consommations de produits

Parmi les usagers de l'espace festif « musiques électroniques », on peut observer des taux d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) des principaux produits illicites (cannabis, ecstasy et amphétamines, cocaïne, champignons hallucinogènes et LSD, poppers) beaucoup plus élevés que ceux des personnes âgées de 15 à 34 ans représentatives de la population française (Tableau 38). Les niveaux de consommation au cours du mois écoulé sont particulièrement élevés pour l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy et la cocaïne (Tableau 38). Cependant, pour plusieurs produits, il s'agit d'usages qui restent rares ou épisodiques.

Tableau 38 : Fréquence d'usage dans la vie et au cours du mois écoulé chez des usagers de l'espace festif et d'usage dans la vie chez les 15-34 ans

	Usagers de l'espace festif, 2004			15-34 ans, France, 2002*
	Répondants	Dans la vie	Le mois dernier	dans la vie
Tabac	1496	-	87,4 %	-
Alcool	1496	-	96,0 %	-
Cannabis	1496	93,6 %	68,5 %	30,0 %
Ecstasy	1494	67,7 %	32,4 %	1,9 %
Cocaïne (non basée)	1488	62,6 %	34,8 %	3,0 %
Champignons hallucinogènes	1481	54,9 %	12,6 %	2,1 %
Poppers	1470	50,6 %	10,4 %	ND
Amphétamines	1492	46,8 %	13,4 %	0,1 %
LSD	1488	45,4 %	10,6 %	1,5 %
Opium et Rachacha	1482	28,3 %	4,3 %	ND
Héroïne	1474	23,1 %	6,8 %	0,5 %
Crack / free-base	1458	20,6 %	6,2 %	ND
Kétamine	1484	16,4 %	2,4 %	ND
Benzodiazépines hors traitement	1420	9,5 %	1,9 %	ND

ND : non disponible

Sources : enquête « musiques électroniques » GRVS/OFDT et * EROPP 2002, OFDT.

Les modes d'administration des produits se caractérisent par un recours dominant à la voie orale, au sniff et à la fumette. L'injection reste une pratique considérée comme dégradante par les personnes participant à cet espace et qui n'a été pratiquée que par une minorité.

Parmi les enquêtés de l'étude « musiques électroniques » les deux tiers (66,0 %) ont essayé le sniff et quatre sur dix (40,7 %) y ont eu recours durant le mois écoulé. Si près d'une personne sur vingt (4,5 %) dit s'être déjà injectée, seule une pour deux cent (0,5 %) l'a fait au cours du mois écoulé.

Selon SINTES, les comprimés et les buvards collectés en 2003 sont destinés quasi exclusivement à être avalés. Pour les poudres, 3 échantillons sur 4 sont destinés à être sniffés (74 %). Globalement, moins de 1 % des produits collectés dans le cadre de SINTES sont destinés à être injectés.

Les différentes familles de produits

Alcool, tabac, cannabis

L'alcool, le tabac et le cannabis sont trois produits extrêmement présents dans les espaces festifs de type concerts, festivals, boîtes, discothèques, rave, free-parties. Il n'est guère possible d'établir des tendances évolutives dans ces espaces au vu de leur forte prévalence et de l'absence de données quantitatives répétées et comparables.

Alcool et tabac

En 2004, parmi des usagers de l'espace festif « musiques électronique », la quasi totalité des personnes (96 %) ont consommé de l'alcool au cours du mois écoulé. Un peu moins d'une sur dix (8,2 %) déclare consommer de l'alcool tous les jours. Les jours de consommation d'alcool une majorité (50,7 %) consomme plus de quatre verres d'alcool et le nombre moyen d'ivresse par personne au cours du mois écoulé est de 2,3. Parmi 3 500 personnes contactées en 2003 via des établissements gays parisiens, 15 % disent consommer de l'alcool tous les jours et plusieurs fois par jour (Le Kiosque et al., 2005, se reporter également à la section 2 du rapport national).

Une grande majorité (87,4 %) des usagers de l'espace festif « musiques électronique » a fumé du tabac au cours du mois écoulé. Il s'agit le plus souvent de fumeurs quotidiens, plus d'un cinquième (22,1 %) de ces fumeurs consomme plus de vingt cigarettes par jour.

Cannabis

Le cannabis a été consommé au cours du mois écoulé par plus des deux tiers (68,5 %) des personnes enquêtées dans l'espace festif « musiques électroniques », plus d'une fois par semaine par 58,4 % des personnes et tous les jours par plus de quatre personnes sur dix (41,4 %). On constate que, dans cette population, l'usage quotidien de cannabis est plus fréquent que celui d'alcool. Parmi 3 500 personnes contactées via des établissements gays parisiens, 35 % disent consommer « régulièrement » du cannabis avec de l'alcool.

Les stimulants

En France, les stimulants sont la famille de produits la plus utilisée au sein de l'espace festif. Leur usage semble être en développement continu depuis 1999.

Chlorhydrate de cocaïne et cocaïne basée

La cocaïne peut être consommée soit sous forme poudre (chlorhydrate de cocaïne) soit sous forme fumable (cocaïne basée) dont la dénomination principale dans l'espace festif est « free base ».

Le chlorhydrate de cocaïne est un produit dont la diffusion est amorcée en France métropolitaine, dans l'espace festif mais également en dehors, depuis plusieurs années et qui se poursuit actuellement. Il devient difficile de décrire un profil type d'utilisateur de poudre de cocaïne du fait de l'importante hétérogénéité des profils sociaux des consommateurs pouvant aller d'une personne très marginalisée jusqu'à des personnes à très haut niveau de revenus. Cette diffusion est liée à une perception positive de ce produit par les usagers : « produit de luxe », « produit pour faire la fête », « produit ludique », « la panacée », ainsi qu'à une disponibilité croissante.

En 2004, au sein de l'espace festif « musiques électroniques » le chlorhydrate de cocaïne a été goûté par près des deux tiers (62,6 %) des personnes. Cela va d'une personne sur deux (48,4 %) dans l'espace « select » à plus de huit sur dix (81,2 %) dans l'espace « free/rave ». Plus d'une personne sur cinq (23,0 %) a consommé au cours du mois écoulé et plus d'une sur dix (11,8 %) deux fois ou plus par semaine. L'administration se fait principalement par voie sniffée (82,9 %) et parfois fumée (16,2 %). L'injection reste une pratique très rare (0,5 %). Parmi 2 860 personnes contactées via des établissements gays parisiens, 21 % disent avoir consommé de la cocaïne avec de l'alcool au cours de leur vie et 5,6 % déclarent le faire régulièrement ou systématiquement (Le Kiosque et al., 2005).

Le « crack » ou « free-base », forme basée et fumable de la cocaïne a connu un développement de son usage dans l'espace festif au début des années 2000. Ce développement a été rattaché à la possibilité de consommer discrètement du crack en le fumant mélangé dans un joint, à des effets plus rapides que le sniff et à sa disponibilité sur certains sites. Toutefois, ce développement semble s'être arrêté depuis 2003.

En 2004, le « free base » a été expérimenté par 20,6 % des usagers de l'espace festif « musique électronique ». Les usages récents (dans le mois) sont plutôt rares (6,2 %). Logiquement, la presque totalité des consommations (97,8 %) se fait par voie fumée.

L'ecstasy

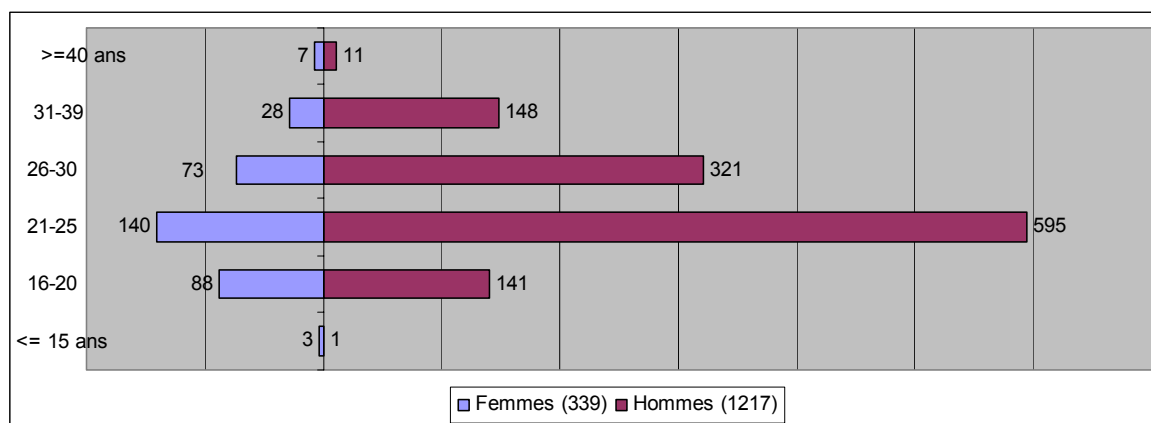
L'ecstasy est un produit dont l'usage semble être en croissance en France au sein de l'espace festif depuis plusieurs années.

En 2004, c'est, avec le cannabis, le produit illicite le plus facilement observable au sein de l'espace festif de culture techno. Toutefois, il est de plus en plus constaté dans d'autres espaces sociaux et en particulier chez les usagers de structures de réductions des risques : en 2003, au cours d'une enquête transversale, 32 % d'entre eux en avaient consommé au cours du mois écoulé (Bello et al., 2004). Les observations du réseau des sites TREND réalisées dans l'espace festif indiquent que la plupart des consommateurs se situent dans la tranche d'âge de 18 à 30 ans et qu'il s'agit le plus souvent de personnes bien insérées (étudiants, salariés).

Parmi les personnes fréquentant l'espace festif « musiques électroniques », 32,4 % ont consommé de l'ecstasy au cours du mois écoulé et 10,4 % plus d'une fois par semaine. Si la plupart (83,6 %) des personnes consomment par voie orale, une importante minorité (15,4 %) consomme de l'ecstasy en sniffant. Selon les observations du réseau des sites TREND, les trois modes d'administration de l'ecstasy sont la voie orale (« gobage »), le sniff et l'injection. Comme les années précédentes, les deux premiers sont les plus répandus dans l'espace festif comme chez les usagers marginaux de ville. L'injection d'ecstasy reste une pratique très minoritaire qui serait, pour l'essentiel, cantonnée à des personnes rencontrées dans l'espace urbain. En 2002, les observations issues du réseau des sites mettaient en évidence une progression du sniff de poudre d'ecstasy (dénommée « poudre de MDMA ») dans l'espace festif.

Selon SINTES, la majorité des personnes cédant un échantillon d'ecstasy en 2002/2003 sont des hommes, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 21 à 25 ans (Graphique 12).

Graphique 12 : Répartition selon l'âge et le sexe des usagers ayant cédé un échantillon à SINTES de juillet 2002 à septembre 2003



Source : SINTES / OFDT.

Les amphétamines

Depuis 1999, l'usage d'amphétamine dans l'espace festif tend à s'étendre tout en restant principalement le fait de sous groupes particuliers. L'image de ce produit semble s'améliorer depuis quelques années. S'il s'agit d'un produit moins prestigieux que la cocaïne, il est considéré comme bon marché, efficace et maîtrisable. La disponibilité de l'amphétamine dans l'espace festif techno français est plutôt élevée ces dernières années.

En 2004, trois sites du réseau TREND (Marseille, Metz et Toulouse) rapportent un élargissement du spectre habituel des consommateurs de « speed » en direction de

populations fréquentant les raves commerciales voire les clubs et donc se rapprochant du profil moyen de l'utilisateur d'ecstasy. Toutefois, il apparaît cette année, comme les années précédentes, que la consommation de « speed » demeure attachée à une population de « teuffers » évoluant plutôt dans l'espace festif alternatif et de type « nomades » ou « errants ». Cette population est plutôt précarisée socialement et fréquente épisodiquement les structures de première ligne implantée dans l'espace urbain.

Parmi les personnes fréquentant l'espace festif « musiques électroniques », 13,4 % ont consommé des amphétamines au cours du mois écoulé et 3,1 % plus d'une fois par semaine. En congruence avec les constats du réseau, il existe une surconsommation dans le milieu « free/rave » par rapport aux autres milieux festifs. En effet près d'une personne sur trois (29,0 %) en a consommé le mois écoulé dans le milieu « free/rave » contre moins d'une sur dix dans les trois autres milieux festifs.

Les amphétamines se présentent sous forme, soit de poudre, soit de comprimés. Selon le réseau des sites TREND, les modes d'administration principaux dans l'espace festif sont le sniff et la voie orale, l'injection restant anecdotique. De fait, au cours du mois écoulé, parmi les consommateurs d'amphétamines de l'espace festif « musiques électroniques », les trois quarts (74,3 %) les ont sniffés et un quart (23,8 %) les ont avalés.

Les hallucinogènes

Les hallucinogènes sont la seconde famille de produits la plus expérimentée par les usagers de l'espace festif. Il s'agit des champignons hallucinogènes et du LSD et dans une moindre mesure de la kétamine, les autres produits (GHB, plantes...) restant anecdotiques. Leur diffusion semble croître ces dernières années. Toutefois, les évolutions restent assez contrastées selon les produits. Si l'usage récent est retrouvé dans toutes les scènes festives « musiques électroniques », il semble particulièrement concentré chez les adeptes des free-parties et rave-parties. Toutefois, l'usage d'hallucinogènes reste le plus souvent épisodique, les effets de consommations fréquemment répétées sont généralement incompatibles avec une vie sociale en cas d'usage répété.

Les champignons hallucinogènes

Depuis plusieurs années, les champignons hallucinogènes bénéficient d'une image favorable auprès des usagers du fait de l'engouement existant pour les produits naturels, déconnectés du trafic des autres drogues (ecstasy, cocaïne...). Toutefois leur usage reste limité du fait de leurs effets.

Plus de la moitié (54,9 %) des personnes enquêtés dans l'espace festif « musiques électroniques » a goûté des champignons hallucinogènes. On constate une grande hétérogénéité du niveau d'expérimentation selon le type de scène festive. En effet, ils sont plus de huit sur dix (81,1 %) parmi les participants à l'espace « free/rave » à avoir goûté des champignons hallucinogènes, 56,2 % dans la scène urbaine, et un peu plus d'un tiers en boîte select (37,0 %) et parmi les adeptes du clubbing (35,2 %). Si globalement, ce sont un peu plus d'une personne sur dix (12,4 %) qui ont consommé au cours du mois écoulé, ce sont près d'un quart (24,8 %) des participants à l'espace « free/rave ». Les champignons sont presque exclusivement (97,1 %) consommés par voie orale, mais quelques personnes les fument.

Le LSD

Au cours des cinq dernières années l'usage de LSD dans l'espace festif « techno » en France a été fluctuant, principalement du fait de variations de la disponibilité du produit. Il avait presque disparu en 2002, est réapparu en 2003 et reste, en 2004, présent de manière erratique selon les lieux et les moments. La perception du LSD, en dépit de sa réputation de produit engendrant des effets « forts », est très bonne parmi les usagers. Sa relative rareté et son aura de produit mythique, attaché à la contre-culture des années 1960/1970 permettent à ces utilisateurs de se distinguer des autres.

Les niveaux d'expérimentations du LSD varient de plus des deux tiers (71,4 %) des personnes fréquentant l'espace « free/rave » à moins d'un quart (22,8 %) des adeptes de clubs « select ». L'usage au cours du mois écoulé concerne environ une personne sur dix (10,5 %), il s'agit majoritairement de personnes fréquentant l'espace « free/rave ». De fait, en 2004, selon le réseau des sites TREND, les usagers de LSD sont surtout des hommes jeunes adeptes des free-parties et fréquemment dans une situation socio-économique précaire. La principale manifestation non souhaitée rapportée par le réseau des sites est le « bad trip », toutefois sa fréquence n'est pas documentée.

Le LSD est disponible essentiellement sous forme de buvards, mais aussi sous forme liquide (« goutte ») ou de « micro-pointe ». Le prix d'un buvard en 2004 se situe généralement entre 10 et 15 euros. Selon le réseau des sites TREND et l'enquête « musiques électroniques » la voie d'administration est quasi exclusivement (100 %) la voie orale. L'injection, l'incision ou l'application d'une goutte sur le globe oculaire semblent des pratiques très marginales.

La kétamine

La kétamine reste un produit dont la disponibilité est faible et erratique selon le réseau des sites TREND. L'image de la kétamine chez les usagers demeure très contrastée. Alors que chez ceux qui en consomment elle bénéficie plutôt d'une bonne image liée à un statut de produit rare réservée à une élite, en revanche chez les autres, elle apparaît toujours comme une substance aux effets incontrôlables, incompatibles avec l'esprit festif.

En 2004, les observations issues du réseau des sites TREND confirment les constats dressés les années précédentes faisant état d'une consommation confinée dans une frange très particulière de la population qui fréquente l'espace festif techno. Celle-ci est constituée pour l'essentiel de « nomades », de « voyageurs », lesquels relèvent du courant « underground » du mouvement techno. Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête « kétamine » auprès de 250 usagers de kétamine qui montre que 84,3 % d'entre eux ont participé à plus de dix free-parties et 52,8 % à plus de dix rave-parties (Reynaud-Maurupt et Akoka, 2004). Dans l'enquête « musiques électroniques », la prévalence de l'expérimentation de kétamine est globalement de 16,4 % mais de 32,1 % chez les personnes fréquentant l'espace « free/rave ». L'usage au cours du mois écoulé passe de 2,3 % sur l'ensemble des enquêtés à 6,5 % des participants à l'espace « free/rave ».

L'usage de kétamine est donc, pour l'essentiel, observé dans les lieux fréquentés par ce type de population à savoir les free parties et les teknivals. Seul les sites de Bordeaux, Marseille et de Paris rapportent, en 2004, un élargissement en cours du spectre des usagers habituels à des milieux sociaux plus intégrés, tels les clubbers à Bordeaux, les étudiants à Marseille ou certaines populations homosexuelles fréquentant l'espace festif à Paris. Ce phénomène reste cependant de très faible ampleur.

La kétamine est disponible essentiellement sous forme de poudre ou liquide. Le prix d'un gramme de poudre se négociait selon les sites entre 25 et 60 euros en 2004. Selon le réseau des sites TREND et l'enquête « musiques électroniques » la voie d'administration est quasi exclusivement (100 %) la voie sniffée. Toutefois certains sites relatent des recours à l'injection, l'ingestion, voire la fumette, mais qui restent anecdotiques.

Les opiacés

Les opiacés sont la troisième famille de produits illicites utilisés dans le milieu festif techno en France. Si ponctuellement des observations de consommations d'opiacés sont rapportées, elles restent relativement marginales. Toutefois, il semblerait qu'il existe une discrète augmentation des usages au cours de ces dernières années. L'opiacé le plus proche « culturellement » de l'espace festif techno est le rachacha dont la préparation et les rituels de consommation permettent de nombreux échanges entre consommateurs.

L'héroïne a été expérimenté par près d'un quart (23,1 %) des personnes enquêtées dans l'espace festif « musiques électroniques » et l'opium et le rachacha par 28,3 %. Comme pour les hallucinogènes, il s'agit d'expériences plus fréquentes chez les adeptes de l'espace

« free/rave ». Les produits de substitution pour le traitement des dépendances majeures aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) dont le mésusage est rapporté dans « l'espace urbain » restent d'observation rare dans l'espace festif techno.

Opium et rachacha

Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte de couleur marron rouge à la consistance molle. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale de pavot. En France, son usage est plus particulièrement rattaché à certaines sous-cultures techno.

Comme les années précédentes, il semble que la perception du produit par les usagers soit plutôt bonne, principalement lié à son caractère « naturel » qui le distinguerait radicalement de l'héroïne.

Au sein de l'espace festif techno, malgré sa rareté, le rachacha serait rencontré plus fréquemment dans le milieu des free parties et des teknivals diffusant plus volontiers de la musique « hardcore ». Son usage toucherait plutôt une population de « teuffeurs » proche des « nomades » et des « voyageurs ». De fait, dans l'enquête « musiques électroniques », l'usage au cours du mois écoulé concerne 4,3 % des enquêtés, mais 8,6 % des usagers rencontrés en « free/rave ». Il s'agit le plus souvent d'usages épisodiques. Les modes d'administration dominants sont la voie orale (56,5 %) et la voie fumée (43,5 %).

L'usage de rachacha aurait la même fonction que celle de l'héroïne, c'est-à-dire réguler la prise de produits stimulants et gérer la descente subséquente : « les effets décrits par les usagers sont une somnolence, un bien-être, une impression de légèreté du corps (sensation de marcher sur un sol mou) [...] » (Bello et al., 2005c).

En 2004, comme les années précédentes, la plupart des observateurs du réseau des sites TREND font état d'une baisse de la disponibilité du rachacha dans l'espace festif techno. Pour la troisième année consécutive, donc, cet opiacé est considéré comme un produit rare.

L'héroïne

En France, dans l'espace festif, le recours à des modes d'administration autres que l'injection (sniff et fumette) et le recours à l'appellation « rabla » (poudre en arabe) moins connotée que le nom « héroïne » a permis une relative banalisation de l'usage dans certains milieux au cours des dernières années. En 2004, la situation est analogue à celle des années précédentes : l'héroïne demeure une substance qui fait l'objet d'un certain tabou mais il perdure une circulation sous l'appellation « rabla ».

Le nombre d'usagers au cours du mois écoulé dans l'enquête « musiques électroniques » est relativement restreint (6,7 %) mais est plus de deux fois plus élevé (15,5 %) parmi les adeptes des « free/rave ».

Les modes d'administration sont d'abord le sniff (69,9 %) puis la fumette (23,6 %) et plus rarement l'injection (5,7 %). Dans « l'espace urbain », l'injection reste le mode d'administration dominant de l'héroïne.

Il semblerait, dans la continuité des années précédentes, que l'on assiste à une relative « banalisation » de la présence d'héroïne dans l'espace festif techno et ce notamment dans les teknivals et les free parties. Cette substance serait en train de devenir, pour une frange du public qui fréquente ce type d'événements, un produit à part entière dont l'usage ne se cantonnerait plus seulement à la régulation de l'usage de produits stimulants tels que la cocaïne, l'ecstasy ou le speed.

Conclusion

Les personnes fréquentant l'espace festif techno consomment plus de produits illicites et plus souvent que la population générale du même âge. Les produits les plus consommés sont d'abord l'alcool et le tabac puis le cannabis. Parmi les produits illicites autres que le

cannabis, il semble que l'usage de produits stimulants et hallucinogènes soit en croissance au cours des dernières années.

Si les stratégies de réduction des risques disposent dorénavant d'un cadre légal, les actions sont essentiellement menées sur le terrain par les organisations non gouvernementales. Une implication plus marquée des professionnels et des acteurs publics pourrait permettre de faire progresser la définition puis l'évaluation des actions d'information, de prévention et de réduction des risques auprès de ces publics.

Parmi les personnes fréquentant l'espace festif techno, une partie est, ou est susceptible d'avoir un usage problématique d'un ou de plusieurs produits psychoactifs. Au delà des actions de réduction des risques menées auprès de ces populations, ce constat pose également le problème de l'identification des personnes les plus en difficulté avec leurs usages de produits et des stratégies à développer pour permettre leur accès à une prise en charge adaptée.

Août 2005

Pierre-Yves Bello*, Catherine Reynaud-Maurupt, Abdalla Toufik*, Michel Gandilhon*, Isabelle Evrard* et le réseau TREND*

OFDT* et GRVS

pibel@ofdt.fr, catherine.reynaud@libertysurf.fr, abtou@ofdt.fr, migan@ofdt.fr, isevr@ofdt.fr

PARTIE C : BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

14. Bibliographie

- AFSSAPS et CEIP de Paris (2005) Soumission chimique, résultats de l'enquête nationale 2003-2005, AFSSAPS, Saint-Denis.
- Aliaga, C. (2002) Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes, Insee Première, 869.
- Amosse, T., et al. (2001) Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998, CREDES, Paris.
- ANRS (2004) Enquête ANRS-VESPA. Premiers résultats, ANRS-Actualité en santé publique, Novembre.
- Antona, D., et al. (2005) Déclaration obligatoire des hépatites B aiguës : résultats de la première année de surveillance, France, 1er mars 2003 - 1er avril 2004, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (31), 157-160, http://www.invs.sante.fr/beh/2005/31/beh_31_2005.pdf.
- Aquatias, S., et al. (2001) Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock, OFDT, Paris.
- Badeyan, G. et Parayre, B. (2001) Suicides et tentatives de suicides en France. Une tentative de cadrage statistique, Etudes et résultats (DREES), 109, 8.
- Batel, P., et al. (2001) Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. Résultats préliminaires après six mois de suivi, ANISSE, Paris.
- Batel, P., et al. (2004) Facteurs de risques de rupture précoce de prise en charge lors de l'induction d'un traitement substitutif par buprénorphine haut dosage, La Presse Médicale, 33, (18, Suppl. Médecine des Addictions), 5-9.
- Beck, F. et Brossard, C. (2004) L'alcoolisation des femmes en France : typologie des contextes d'usage, Alcoologie et Addictologie, 26, (1), 21-30.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003a) Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002, OFDT, Paris (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap02.htm>).
- Beck, F. et Legleye, S. (2003b) Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usages et évolutions récentes, Tendances, 30, 1-6, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend30.htm>.
- Beck, F. et Legleye, S. (2005) Évolutions récentes des pratiques d'alcoolisation en France : aperçu des données épidémiologiques, Toxibase, 16, 6-9.
- Beck, F., et al. (2005a) Les usages de produits psychoactifs des étudiants, Psychotropes, revue internationale des toxicomanies, 11, (3-4, à paraître).
- Beck, F., et al. (2002) Drogues illicites : pratiques et attitudes In Baromètre santé 2000, Vol. II : Résultats (Eds, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A.), pp. 237-274, CFES, Paris.
- Beck, F., et al. (2003) Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>.
- Beck, F., et al. (2004a) Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : niveaux d'usage et évolutions récentes ESCAPAD 2003, Tendances, 39, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend39.htm>.
- Beck, F., et al. (2004b) Drogues à l'adolescence : niveaux et contexte d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003, OFDT, Saint Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.xhtml>.
- Beck, F., et al. (2005b) Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/atlas05.htm>.
- Beck, F., et al. (2005c) Consommation de produits psychoactifs des jeunes Français : une approche régionale. Exploitation de l'enquête ESCAPAD 2002/2003 en métropole et outre-mer, Tendances, 43, 1-4, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend43.htm>.

- Beck, F., et al. (2004c) Alcool, tabac, cannabis et autres drogues à 17 ans, en Ile-de-France, Tendances, 38, 1-4, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend38.xhtml>.
- Beck, F., et al. (2005d) Les consommations de drogues des jeunes franciliens, exploitation régionale et infrarégionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escapidf03.xhtml>.
- Bellamy, V. (2005) La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social, novembre 2003. Document de travail, DREES, Paris.
- Bello, P.-Y., et al. (2005a) Composition et caractéristiques de cannabis collectés auprès d'usagers dans quatre sites de France, 2004, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 20, 91-92, http://www.invs.sante.fr/beh/2005/20/beh_20_2005.pdf.
- Bello, P.-Y., et al. (2005b) Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France, 2004, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 20, 89-91, http://www.invs.sante.fr/beh/2005/20/beh_20_2005.pdf.
- Bello, P.-Y., et al. (2005c) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004 - 6ème rapport national du dispositif TREND, OFDT, Saint-Denis, à paraître.
- Bello, P.-Y., et al. (2003) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>.
- Bello, P.-Y., et al. (2004) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - 5ème rapport national du dispositif TREND, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>.
- Bernard, C., et al. (2005) Altering cannabinoid signaling during development disrupt neuronal activity, Proceedings of the National Academy of science of the USA. 28 juin 2005, 102, (26).
- Berthelot, J.-M., et al. (1984) Les alcoolismes féminins, Rapport pour le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, Cahiers du CERS, 1.
- Bessin, M. et Lechien, M.-H. (2000) Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison. Rapport de recherche pour le GIP Mission de recherche Droit et Justice, CEMS/CSE/EHESS, Paris.
- Bessin, M. et Lechien, M.-H. (2002) Hommes détenus et femmes soignantes: l'intimité des soins en prison, Ethnologie Française, 33, (1), 69-80.
- Bilal, S., et al. (2003) Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale, une étude en médecine de ville, Annales de Médecine Interne, 154, (Hors série II), 2S6-2S14.
- Bloomfield, K., et al. (2005) Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study, Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, Berlin.
- Bouhnik, P. et Touze, S. (1996) Héroïne, sida, prison : trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille / Seine Saint-Denis, RESSCOM, Paris.
- Broqua, C., et al. (2003) Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires, Paris.
- Busfield, J. (1996) Men, Women, and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder, University Press, New York.
- Cadet-Taïrou, A., et al. (2004a) Buprénorphine, traitement, mésuage et pratique de prescription In 2004 national report to the EMCDDA by the Reitox national focal point, FRANCE, new development, trends and in-depth information on selected issues, pp. 68-80, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxofkb.pdf>.
- Cadet-Taïrou, A. et Cholley, D. (2004) Approche régionale de la substitution aux opiacés. 1999-2002. Pratique et disparité autour de 13 sites français, CNAMTS/OFTD, Saint Denis, http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/sub_reg.htm.
- Cadet-Taïrou, A., et al. (2004b) Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004, Tendances, 37, 1-8, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend37.htm>.
- Cagliero, S. et Lagrange, H. (2004) La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine, OFDT, Saint-Denis, http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/prost_f.xhtml.
- Calderon, C., et al. (2001) Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés, AIDES, Paris.
- CEIP de Marseille (2001) OPPIDUM, résultats de l'enquête, AFSSAPS, Saint-Denis.
- CEIP de Marseille (2004) OPPIDUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003), AFSSAPS, Saint-Denis.

- CEIP de Marseille (2005) OPPIDUM, résultats de l'enquête 16 (octobre 2004), AFSSAPS, Saint-Denis.
- Chevallier, E. (2001) Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse, OFDT, Paris.
- Choquet, M., et al. (1999) L'évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie, OFDT/INSERM, Paris.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies (1994) Rapport n°43, Paris.
- Costes, J.-M. (2003) Country report: France In National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000. CT.00.RTX.23 - Final Report -, EMCDDA, Lisbonne, <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>.
- Costes, J. M., et al. (2005) Epidémiologie des usages de cannabis, La revue du Praticien, 55, (1), 17-22.
- Da Silva, L. (2003) L'usage de drogues chez les prostitués masculins In Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003 (Eds, Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I.), OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend02.htm>.
- Dabit, D. et Ducrot, S. (1999) Alcool et sans abris : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne, Alcoologie, 21, (3), 439-446.
- Declerck, P. et Henry, P. (1996) Pathologie de la rue, La revue du Praticien, 46, 1844-1848.
- Delile, J.-M. (2003) Problèmes de cannabis : comprendre l'augmentation de la demande de traitement In Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point : France drug situation 2002 (Ed, OFDT), pp. 81-91, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>.
- Desenclos, J.-C., et al. (2005) La prévalence de la séropositivité VIH en France, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (11), 41-44, http://www.invs.sante.fr/beh/2005/11/beh_11_2005.pdf.
- Direction générale de la santé (Ministère de la Santé) (2001) Stratégie d'action alcool : intensifier la prévention et du traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool, Paris.
- DLPAJ/CSR (2005) Bilan du comportement des usagers de la route, 2004, Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Paris, http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a3_statistiques/a32_securite_routiere?theme=Rubrique.
- Douglas, M. (1987) Constructive Drinking. Perspective on drink from anthropology, Cambridge University Press, New York.
- Duburcq, A., et al. (2000) Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville), Revue d'épidémiologie et de santé publique, 48, 363-373.
- Duburcq, A. et Sannino, N. (2003) Evaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eval4.xhtml>.
- EMCDDA (2005) Differences in patterns of drug use between women and men, EMCDDA, Lisbon.
- Emmanuelli, J., et al. (2003) Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (16-17), 97-99, http://www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf.
- Escande, J.-P. et Roussel, O. (1998) Médecins du sport et lutte contre le dopage, La Documentation française, Paris.
- Escots, S. et Fahet, G. (2003) Usages non substitutif de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France, en 2002-2003, ORSMIP/OFD, Saint Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/bhd.htm>.
- Etats généraux : crack errance et poly-toxicomanie (14 juin 2005) Quelles réponses concrètes ?, Mairie de Paris, Paris.
- Ewing, J. (1984) Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire, JAMA, 252, 1905-1907.
- Facy, F. (1999) Toxicomanes et prescription de méthadone, EDK, Paris.

- Fassillard, B. et Rouillon, F. (2004) In Les actes du colloque "santé en prison". Dix ans après la loi : quelles évolutions dans la prise en charge des détenus ? Ministère de la santé et de la famille / INPES / Ministère de la justice, Paris.
- Fhima, A., et al. (2001) Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage, Résultats de l'étude SPESUB, Annales de Médecine Interne, 152, (Suppl. au n°3), 1S26-1S36.
- Fontaine, A. (2002a) Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire, OFDT, Paris.
- Fontaine, B. (2002b) Substances psychoactives et travail. Approche épidémiologique, Annales de toxicologie analytique, 15, (1), 10-14.
- Guilbert, P. et Perrin-Escalon, H. (2004) Baromètre Santé Nutrition 2002, Editions CFES, Saint-Denis.
- Guillaumin, C. (1978) Pratique du pouvoir et idée de nature, Questions féministes, 2-3.
- Henrion, R. (1995) Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Paris.
- Hibell, B., et al. (2004) The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- INPES (2001) Femmes et tabac : cigarettes et beauté, cigarettes et environnement, cigarettes et goût, cigarettes et vie amoureuse, INPES Affiches.
- INPES (2004) Actes du séminaire : réduire la prévalence de l'hépatite C dans la population des usagers de drogues, INPES, Saint-Denis.
- INSERM (2005) Cannabis : le fœtus en danger ?, Communiqué de presse du 14 juin 2005.
- INVS/CNAMTS/CETAF (2005) Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004, INVS/CNAMTS/CETAF.
- Jamouille, P. (2001) Limitation des dommages liés aux drogues et accès aux dispositifs socio-sanitaires In Précarisation, risque et santé (Eds, Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. et Ringa, V.), pp. 415-436, INSERM, Paris.
- Janier, M., et al. (2003) Infections sexuellement transmises chez les homosexuels et bisexuels masculins en France In Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires, Sciences sociales et sida (Eds, Broqua, C., Souteyrand, Y. et Lert, F.), pp. 107-114, Paris.
- Jaspard, M., et al. (2003) Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale, La Documentation française, Paris.
- Jauffret-Roustide, M. (2003) Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins In Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires, Sciences sociales et sida (Eds, Broqua, C., Souteyrand, Y. et Lert, F.), pp. 197-215, Paris.
- Joubert, M. (2003) Les supports sociaux de la santé dans les conjonctures de précarisation, Séminaire SIRS.
- Kintz, P. (2005) Citation parue dans l'article : "Drogue au volant : la généralisation des tests de salive en débat", Le Monde, 14 janvier 2005.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2000) Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, OFDT, Paris.
- Kovess, V., et al. (2001) Enquête épidémiologique sur la santé des mutualistes de la MGEN. Résultats 2001, Département de recherche et d'étude en santé publique (Dresp), MGEN.
- Kovess, V. et Mangin Lazarus, C. (1997) La santé mentale des sans abris à Paris : résultat d'une enquête épidémiologique, La revue française de psychiatrie et de psychologie mentale, 9, 17-23.
- La Rosa, E. (1998) Santé, précarité et exclusion, PUF, Paris.
- Laguerre, G. (2004) Pourquoi l'arrêt du tabac est-il plus difficile chez la femme ?, Le courrier des addictions, 6, (2), 51.
- Lançon, C., et al. (2004) Données qualitatives d'une cohorte traitée par méthadone ou buprénorphine haut dosage à Marseille, entre 1996 et 2001, La Presse Médicale, 33, (18, Suppl. Médecine des Addictions), 11-17.
- Laumont, B. et al (2005) Résultats de l'enquête "stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière" (SAM), British Medical Journal (BMJ).

- Laurindo da Silva, L. et Evangelista, L. (2004) Les consommations de drogues dans le milieu de la prostitution masculine, OFDT, Saint-Denis, http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/prost_m.shtml.
- Lavignasse, P., et al. (2002) Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results, *Annales de Médecine Interne*, 153, (Suppl 3), 1S20-1S26.
- Le Bot, V. (2003) Quantification de la mortalité par cancer attribuable au tabac en France In *Pharmacie*, pp. 58, Paris XI, Chatenay-Malabry.
- Le Feuvre, N. (1995) *Women's and Gender Studies in France. Rapport national au Consortium SIGMA, DG XXII, Commission Européenne, Bruxelles.*
- Le Kiosque, et al. (2005) Etat de la consommation de produits addictifs en milieu festif gay et lesbien.
- Le Moigne, P. (1999) Anxiolytiques, hypnotiques: les facteurs sociaux de la consommation, Documents du Groupement de Recherche " Psychotropes, politique et société ".
- Legleye, S. et Beck, F. (2004) Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France, *Toxibase*, (15), 12-15, http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/thema_revue15.pdf.
- Legleye, S., et al. (2001) Alcool In *Baromètre Santé 2000, Résultats* (Eds, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A.), pp. 123-159, Editions du CFES, Vanves.
- Lejeune, C., et al. (2003) Grossesse et substitution - Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/submater.shtml>.
- Lert, F., et al. (2004) Comment vit-on en France avec le VIH/sida?, *Populations et sociétés*, novembre, (406), 4.
- Levasseur, L., et al. (2002) Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire, *Annales de Médecine Interne*, 153, (Suppl 3), 1S14-1S19.
- Lhomond, B. et Saurel-Cubizolles, M.-J. (2003) Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France In *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*, Sciences sociales et sida (Eds, Broqua, C., Souteyrand, Y. et Lert, F.), pp. 125-148, Paris.
- Lopez, D., et al. (2004) Mortalité liée aux drogues illicites. Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants, OFDT, Saint Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/mort0704.htm>.
- Lovell, A. (2004) Etat sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, Rapport final, Institut de Veille Sanitaire, Paris.
- Lovell, A. et Fuhrer, R. (1996) Troubles de la santé mentale : la plus grande "fragilité" des femmes remise en cause In *La santé des femmes* (Eds, Saurel-Cubizolles, M.-J. et Blondel, B.), pp. 252-283, Flammarion, Paris.
- Lowy, I. et Gardey, D. (2000) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris.
- Lucidarme, D., et al. (2004) Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France, *Epidemiological infections*, 132, 699-708.
- Mancini, J., et al. (2004) Conduites addictives chez les engagés volontaires des armées françaises hors de métropole, *Alcoologie et Addictologie*, 26, (3), 205-213.
- Mathieu, N.-C. (1973) Homme-culture et femme-nature?, *L'Homme*, 13, (3), 101-113.
- Mathieu, N.-C. (2000) Les sexes et la "nature" chez les ethnologues et les ethnologisés (rappel historique) In *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (Eds, Lowy, I. et Gardey, D.), Paris.
- Membrado, M. et Clement, S. (2001) Des alcooliques pas comme les autres? La consommation d'une catégorie sexuée In *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Aspects sociologiques* (Eds, Aiach, P., Cebed, D., Cresson, G. et Philippe, C.), Editions ENSP, Paris.
- Ménard, C. et Gautier, A. (2001) Inégalités et comportement de santé des 18-75 ans In *Baromètre santé 2000. Résultats* (Eds, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A.), CFES, Vanves.
- MILC (2003) *Plan national de lutte contre le cancer 2003-2007*, Paris.

- MILDT (2000) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, La Documentation française, Paris.
- MILDT (2004) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. 2004-2005-2006-2007-2008, MILDT, Paris, <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>.
- Montanari, L. et Colin, T. (2004) Treatment Demand Data: a breakdown by gender in some EU countries. Annual Expert Meeting on treatment Demand Indicator, 22-23 September 2004., EMCDDA, Lisbon.
- Mouquet, M.-C. (2005) La santé des personnes en prison en 2003, Etudes et Résultats (DRESS), 386, 1-12.
- Mouquet, M. C., et al. (1999) La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque, Etudes et résultats (DRESS), 4, 10.
- Nahoum-Grappe, V. (1991) La culture de l'ivresse, Editions Quai Voltaire, Paris.
- Obradovic, I. (2004) Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/prisons.xhtml>.
- Obradovic, I. (2005) Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, Tendances, 41, 1-4, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend41.xhtml>.
- Observatoire du Samu social de Paris (1999) Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes, OSS, Paris.
- Oddoux, K., et al. (2001) Tabac In Baromètre Santé 2000 - Résultats (Ed, Guilbert, P., Baudier, F., Gautier, A.), pp. 77-118, Editions du CFES, Vanves.
- OFDT (2003) Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eval0.xhtml>.
- OFDT (2004a) 2004 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point, FRANCE, New Development, Trends and in-depth information on selected issues, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>.
- OFDT (2004b) Cahier des charges "étude sur l'applicabilité et l'utilité d'un guide d'intervention en milieu scolaire sur la prévention des conduites addictives", Pôle Evaluation des politiques publiques, OFDT, (non publié).
- OFDT (2004c) Cocaine et atropine : 26 cas d'intoxications, Note d'information du 15 décembre 2004 actualisée au 17 mai 2005, 4, <http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/notes.xhtml>.
- OFDT (2005a) Drogues et dépendances, données essentielles, La Découverte, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.xhtml>.
- OFDT (2005b) Etude "stupéfiants et accidents mortels de la circulation" (SAM). Eléments de conclusion, Communiqué du 4 octobre 2005, 3, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SAM1.pdf>.
- OFDT (2005c) SIMCCA : système d'information mensuel sur les consultations cannabis (données mensuelles sur l'activité des consultations cannabis disponibles pour les intervenants et institutionnels).
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) (2005) Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004, OCRTIS, Nanterre.
- Oudshoorn, N. (1994) Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones, Routledge, London and New-York.
- Palle, C. et Bernard, C. (2004) CSST en ambulatoire, tableaux statistiques 1998-2002, exploitation des rapports d'activité-type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst02.htm>.
- Palle, C., et al. (2005) CSST en ambulatoire, tableaux statistiques 1998-2003, exploitation des rapports d'activité-type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst02.htm>.
- Palle, C., et al. (2003) CSST 1998-2001, exploitation des rapports d'activité-type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/csst.htm>.

- Palle, C. et Martin, D. (2004) Le Dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 2002, DGS/OFDT, Saint-Denis.
- Parquet, P.-J. (1997) Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, CFES, Vanves.
- Pavillon, G., et al. (2004) Double codage CIM9 - CIM10, année de décès 1999, INSERM - CépiDC.
- Pavillon, G., et al. (2005) Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (4), 13-16, http://www.invs.sante.fr/beh/2005/04/beh_04_2005.pdf.
- Peretti-Watel, P., et al. (2004) Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages de fumeur de cannabis, *Déviance et société*, 28, (3), 335-352.
- Peto, R., et al. (2004) Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, CTSU, University of Oxford.
- Pirnay, S., et al. (2004) A critical review of the causes of death among post mortem toxicological investigations: analysis of 34 buprenorphine-associated and 35 methadone-associated deaths, *Addiction*, 99, 978-988.
- Plant, M. (1997) Women and alcohol. Contemporary and historical perspectives, Free Association Books, London.
- Prudhomme, T., et al. (2003) Fresnes : mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la Maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des Unités Pour les Sortants (UPS), OFDT, Paris.
- Reynaud, J., et al. (1997) L'impact du réseau Option Vie sur la réinsertion sociale des usagers de drogue : l'exemple d'un travail niçois In *L'exclusion sociale dans les Alpes-Maritimes. VIH, drogue, délinquance, précarité : enquête sur le terrain* (Ed, Decrouy, G.), pp. 297-309, L'harmattan.
- Reynaud-Maurupt, C. et Akoka, S. (2004) Les usages détournés de la kétamine en France en 2001-2003. "Ket-riding" ou les nouveaux voyages immobiles, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/ketamine.xhtml>.
- Reynaud-Maurupt, C., et al. (2004) Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques" : compte rendu intermédiaire In *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003* (Eds, BELLO, P.-Y., TOUFIK, A., GRANDILHON, M., GIRAUDON, I. et BONNET, B.), pp. 231-252, OFDT, Saint-Denis, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>.
- Reynaud-Maurupt, C., et al. (2005) Etude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques", OFDT, Saint-Denis, à paraître.
- Rotily, M. (2000) Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA/ M. Rotily In *Rapport de la mission santé-justice*, Vol. Annexes, pp. 35-51, Ministère de la justice, Paris.
- Rotily, M., et al. (2000) HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users, *Presse Med*, 29, (28), 1549-1556.
- Ruptures (2002) Parenthèse de femmes. Rapport d'activité 2000-2001, Ruptures, Association de santé communautaire pour la réduction des risques et des dommages avec les personnes toxicomanes, Lyon.
- Ruptures (2004) Parenthèse de femmes. Rapport d'activité 2004, Ruptures, Association de santé communautaire pour la réduction des risques et des dommages avec les personnes toxicomanes, Lyon.
- Scott, J. W. (1986) Gender: a useful category of historical analysis, *The American Historical Review*, 91, (5).
- Solal, J.-F. et Schneider, M.-C. (1996) Toxicomanies et exclusion sociale, *La revue du Praticien*, 46, 1854-1860.
- SPIM (Faculté de Médecine Broussais/Hôtel-Dieu) (2004) Consultation de dépendance tabagique (CDT).
- Stankoff, S. et Dherot, J. (2000) Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris.

- Sueur, C. et Bastiannelli, M. (1999) Usages de drogues de synthèse (Ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines...) et réduction des risques en milieu festif techno, Médecins du Monde, Paris.
- Tellier, S. (2001) Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999, DRESS / Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Paris.
- Tomes, N. (1990) Historical perspectives on women and mental illness In Women, health and medicine in America (Ed, Rima, D. A.), pp. 143-171, Garland, New-York.
- Warsmann, J.-L. (2004) 44 propositions pour améliorer la lutte contre la drogue, Ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, Paris, http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/c/c2_le_ministere/c21_actualite/2004_10_15_rapport_warsmann/rapport_warsmann.pdf.
- Wieviorka, S. (2003) Comorbidités In Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - France, drug situation 2002, pp. 92-101, OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/natrep.htm>.

15. Annexes

15.1 Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés utilisés dans le texte

Section	Tableau épidémiologique	Questionnaire structuré	Accès Internet
Section 1 :			
Politique nationale et contexte			
Section 2 :	n°1 : usages en population générale adulte		http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5324&slanguagelSO=EN
Usages de drogues	n°2 : usages en milieu scolaire (ESPAD)		
	n°30 : méthodes et résultats d'enquêtes auprès de jeunes		
Section 3 :		n°22 : prévention universelle en milieu scolaire	
Prévention		n°25 : prévention dans les communautés	
		n°26 : prévention sélective et indiquée	
Section 4 :	n°7 : prévalence nationale		http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5386&slanguagelSO=EN
Usage problématique	n°8 : prévalence locale		
	n°17 : nouvelles tendances		
Section 5 :	n°4 : évolution de la demande de traitement	n°27 : programmes de traitement	
Traitements	n°3 : demande de traitement		http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5402&slanguagelSO=EN
	Indicateur de demande de traitement (TDI)		
	n°21 : disponibilité des traitements		
Section 6 :	n°5 : mortalité liée à		http://stats04.emcdda.eu.int/

Conséquences sanitaires	l'usage de drogues n°6 : évolution de la mortalité liée à l'usage de drogues n°18 : mortalité au sein de cohortes d'usagers n°9 : prévalence des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB)	index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5315&slanguagelSO=EN http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5335&slanguagelSO=EN
Section 7 : Réponses aux conséquences sanitaires	n°10 : disponibilité des seringues n°23 : mesures de réduction des risques pour prévenir les maladies infectieuses chez les usagers de drogues n°29 : réduction des décès directs liés à l'usage de drogues	
Section 8 : Conséquences sociales	n°11 : interpellations pour ILS n°12 : usages de drogues dans la population incarcérée	http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5307&slanguagelSO=EN http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5397
Section 9 : Réponses aux conséquences sociales	n°28 : réintégration sociale	
Section 10 : Marché et offre	n°13 : saisies de drogues n°14 : pureté des produits n°15 : composition des produits de synthèse n°16 : prix des produits	http://stats04.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5350&slanguagelSO=EN

15.2 Liste des tableaux

Tableau 1 : Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2002-2004.....	8
Tableau 2 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans, 2003	12
Tableau 3 : Évolutions du niveau d'usage au cours de la vie de substances psychoactives par sexe, à 17 ans (% en ligne), 2000-2003	13
Tableau 4 : Usages réguliers de cannabis chez les jeunes de 17-18 ans selon l'âge et le statut scolaire (% en colonne), 2003.....	14
Tableau 5 : Comparaison des expérimentations de substances psychoactives à 17 ans en Ile-de-France et dans les autres régions françaises, par sexe (%), 2002-2003.....	16
Tableau 6 : Actions de prévention financées sur les crédits de la MILDT de 2002 à 2004 (en milliers d'euros).....	22
Tableau 7 : Répartition de l'ensemble des patients en traitement, par âge (en %), 1998-2003.....	25

Tableau 8 : Répartition des nouveaux patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge (en %), 1998-2003	25
Tableau 9 : Score de santé, d'anxiété et de dépression issus du profil de santé de Duke chez les usagers fréquents de cannabis et en population générale	29
Tableau 10 : Niveaux de consommation de substances psychoactives parmi les usagers fréquents de cannabis (en %), 2004.....	30
Tableau 11 : Expérimentation et consommation de champignons hallucinogènes parmi les usagers de structures de première ligne et au sein de l'espace festif musique électronique (en %)	31
Tableau 12 : Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par structure, 1998-2003.....	36
Tableau 13 : Nombre de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution dans une structure, 1998-2003	37
Tableau 14 : Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2003	37
Tableau 15 : Responsabilité de la BHD et de la méthadone comme cause du décès, 1997-2002.....	42
Tableau 16 : Décès liés à l'abus de substances psychoactives, en CIM9 et en CIM10, 1999.....	43
Tableau 17 : Analyse détaillée de la répartition des décès « pharmacodépendance et toxicomanie » en CIM9 et CIM10, 1999	44
Tableau 18 : Décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), 1998-2004	44
Tableau 19 : Notification de nouveaux cas de diagnostics d'infection à VIH, 2003-2004	45
Tableau 20 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2004.....	45
Tableau 21 : Prévalence du VIH chez les UDVI en 1997 (méthode directe).....	45
Tableau 22 : Estimation de l'incidence cumulée et de la prévalence du VIH en 2000	46
Tableau 23 : Risque d'être responsable d'un accident mortel de la route (odds ratio et intervalle de confiance à 95 %) et décès imputables au cannabis et à l'alcool.....	49
Tableau 24 : Dépistage de l'usage de stupéfiants sur les routes et taux de positivité, 2003-2004	50
Tableau 25 : Interpellations pour ILS par produit, 2004	56
Tableau 26 : Condamnations pour ILS (en infraction principale) suivant la nature de l'infraction, 2001-2002.....	57
Tableau 27 : Nombre et répartition des personnes incarcérées pour ILS, 2003-2004	58
Tableau 28 : Familles de substances retrouvées dans les cas de soumission chimique, 2003-2005 .	58
Tableau 29 : Nombre et répartition des infractions constatées pour conduite après un usage de stupéfiants, 2003-2004	60
Tableau 30 : Consommations de substances psychoactives et traitement de substitution parmi les entrants en prison, 1997 et 2003.....	62
Tableau 31 : Modalités d'approvisionnement en cannabis parmi 1 633 fumeurs fréquents de cannabis (% en ligne), 2004	69
Tableau 32 : Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2001-2004	70
Tableau 33 : Répartition des échantillons de cannabis collectés en France selon la forme et l'origine supposée, 2004	71
Tableau 34 : Usages réguliers des principales substances psychoactives en France par sexe et âge, 2002.....	73
Tableau 35 : Expérimentation des principales autres drogues par sexe à 18-75 ans, 2002	77
Tableau 36 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique, 2000	78
Tableau 37 : Usage au cours du mois (30 derniers jours) de produits psychoactifs à 17-18 ans (% en ligne), 2003.....	80
Tableau 38 : Fréquence d'usage dans la vie et au cours du mois écoulé chez des usagers de l'espace festif et d'usage dans la vie chez les 15-34 ans.....	107

15.3 Liste des graphiques

Graphique 1 : Fréquence de la pratique de l'injection parmi les usagers de drogues rencontrés dans le dispositif de prise en charge, 1993-2004	27
Graphique 2 : Problèmes liés à la consommation de cannabis parmi les 1 567 usagers fréquents au cours de l'année écoulée, 2004	29
Graphique 3 : Évolution de la part de certaines substances psychoactives dans l'ensemble des décès par surdose constatés par les forces de l'ordre, 1994-2004	41
Graphique 4 : Évolution de la mortalité liée à l'usage de drogues selon la définition adoptée par l'OEDT, par sexe, 1990-2001	43
Graphique 5 : Évolution des catégories d'interpellation, 1994-2004.....	55
Graphique 6 : Usage quotidien d'alcool au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge, 2002	74
Graphique 7 : Proportions de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans, 1974-2003.....	76
Graphique 8 : Usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge, 2002.....	77
Graphique 9 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000.....	78
Graphique 10 : Usages réguliers ⁽¹⁾ de tabac, d'alcool et de cannabis, par âge et par sexe entre 12 et 18 ans, 2003.....	79
Graphique 11 : Évolution 2000-2003 du niveau d'usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans	80
Graphique 12 : Répartition selon l'âge et le sexe des usagers ayant cédé un échantillon à SINTES de juillet 2002 à septembre 2003	109

15.4 Liste des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ASSEDIC	Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociale précoce
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT- MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
IC	Intervalle de confiance
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JO	Journal officiel
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M€	Million(s) d'euros
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)

OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête "stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière" (DGS/OFDT/INRETS)
SFA	Société française d'alcoologie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TDI	Indicateur de demande de traitement [Treatment demand indicator]
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	usage(ers) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B
