



OBSERVATOIRE
FRANÇAIS DES
DROGUES ET DES
TOXICOMANIES

**REPORT TO THE EMCDDA
by the Reitox National Focal Point**

**FRANCE
DRUG SITUATION 2002**

REITOX

Contributions au rapport:

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

En collaboration avec :

section 1 : C. Diaz Gomez, I. Obradovic, M. Chalumeau, F. Beck

section 2 : P-Y Bello, F. Beck

section 3 : P-Y Bello, C. Palle, H. Martineau

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

section 5 : P-Y Bello, I. Giraudon, H. Martineau

section 6 : P-Y Bello, F. Beck

section 7 : J-M. Costes

section 8 : C. Diaz Gomez

section 9 : C. Mutatayi

section 10 : C. Diaz Gomez

section 11: C. Diaz Gomez et C. Palle

section 12 : I. Obradovic

section 13 : C. Diaz Gomez

Eclairages spécifiques :

Evaluation des stratégies nationales: par C. Diaz Gomez (crdia@ofdt.fr), C. Mutatayi (camut@ofdt.fr) et I. Obradovic (ivobr@ofdt.fr) de l'OFDT, 105 rue Lafayette, 75010, Paris.

Problèmes liés au cannabis : comprendre l'augmentation de la demande de traitement: par le Docteur J-M Delile, médecin psychiatre, CEID, 24, Rue du Parlement Saint-Pierre, 33000, Bordeaux, jm.delile@asso.ceid.fr

Co-morbidités : par le Docteur S. Wieviorka, médecin psychiatre, Centre Pierre Nicole, 27 rue Pierre Nicole, 75005, Paris, wieviorka@pierre-nicole.com

Relecture globale :

J-E. Adès, M. Chalumeau, J-M Costes, S. Legleye, H. Martineau, I. Obradovic (OFDT)

S. Karsenty et O. Guerin (membres du Collège Scientifique de l'OFDT).

SOMMAIRE

Sommaire	iii
Résumé	1
PARTIE 1 : Strategie nationale : cadre légal et institutionnel	4
1. <i>Elaboration et mise en oeuvre de la politique de lutte contre les drogues</i>	4
1.1 Cadre politique.....	4
1.2 Cadre légal.....	4
1.3 Textes d'applications.....	7
1.4 Evolution de l'opinion et du débat.....	7
1.5 Budget et attributions.....	12
PARTIE 2 : Situation épidémiologique	13
2. <i>Prévalence, caractéristiques et évolution de l'usage de drogues</i>	13
2.1 Principales évolutions et tendances émergentes.....	13
2.2 Usages de drogues en population générale.....	14
2.3 Usages de drogues problématiques.....	16
3. <i>Conséquences sanitaires</i>	17
3.1 Demande de prise en charge.....	17
3.2 Mortalité liée à l'usage de drogues.....	21
3.3 Maladies infectieuses liées à l'usage.....	25
3.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues.....	26
4. <i>Conséquences sociales et judiciaires</i>	27
4.1 Problèmes sociaux.....	27
4.2 Infractions directes et associées à la législation sur les stupéfiants.....	29
4.3 Coût économique et social de la consommation de drogues.....	33
5. <i>Offre</i>	34
5.1 Disponibilité et approvisionnement.....	34
5.2 Saisies.....	36
5.3 Prix, pureté.....	37
6. <i>Tendances par produits</i>	39
7. <i>Discussion</i>	45
7.1 Cohérence entre les indicateurs.....	45
7.2 Limites méthodologiques et qualité des données.....	47
PART 3 : Actions de réduction de la demande	49
8. <i>Politique de réduction de la demande au niveau national</i>	49
8.1 Axes d'actions.....	49
8.2 Démarches utilisées et évolution des pratiques.....	49
9. <i>Prévention</i>	51
9.1 Programmes en milieu scolaire.....	53
9.2 Programme jeunesse hors milieu scolaire.....	55
9.3 Programme famille et enfance.....	56
9.4 Autres programmes.....	56
10. <i>Réduction des risques</i>	60
10.1 Description des actions.....	61
10.2 Critères et évaluation.....	62
11. <i>Prise en charge</i>	63
11.1 Traitements de désintoxication.....	63
11.2 Programmes de substitution.....	63
11.3 Post-cure et réintégration.....	67

12. Actions intégrées au système judiciaire.....	67
12.1 Assistance aux usagers de drogues en prison	67
12.2 Alternatives à l’incarcération pour les délinquants toxicomanes	68
12.3 Evaluation et formation	69
13. Démarche qualité.....	70
PART 4 : Questions clés	71
14. Evaluation des stratégies nationales en matière de drogues.....	71
14.1 Existence de l’évaluation	71
14.2 Méthodologie de l’évaluation	72
14.3 Enseignements pour un futur exercice d’évaluation.....	79
15. Problèmes de cannabis: comprendre l’augmentation de la demande de traitement.....	81
15.1 La demande de traitement pour usage de cannabis	81
15.2 Prévalence des usages problématiques de cannabis et types de problèmes.....	86
15.3 Interventions spécifiques pour usage problématique de cannabis.....	90
15.4 Conclusion	90
16. Co-morbidités.....	92
16.1 Définitions, principaux diagnostics psychiatriques rencontrés chez les usagers de drogues illicites, prévalence.....	92
16.2 Impact des comorbidités sur les services et les équipes.....	97
16.3 Offre en matière de service pour les usagers de drogues illicites présentant des troubles psychiatriques	98
16.4 Mieux répondre aux comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues illicites...99	
16.5 Conclusion	101
REFERENCES	102
R.1. Bibliographie.....	102
R.2. Bases de données / adresses Internet.....	107
ANNEXES.....	108
A.1. Sources d’information et dispositif d’observation	108
Dispositif d’observation	108
Dispositif d’information et de documentation	109
A.2. Liste des tableaux.....	110
A.3. Liste des graphiques	111
A.4. List des encadrés	111
A.5. Liste des sigles	111

RESUME

Contexte politique 2002-2003 et derniers développements

L'année 2002 a été marquée, en France, par un changement de gouvernement et de majorité politique. Le nouveau discours politique, plus offensif en matière de répression s'est traduit par un regain d'activité des forces de l'ordre (mise en place des groupes d'intervention régionaux (GIR) chargés notamment de la lutte contre le trafic local de stupéfiants) et s'est accompagné de nouvelles dispositions législatives (création d'un délit de conduite sous l'influence de substances classées comme stupéfiants par exemple).

Au début de l'été 2003, a été initié un processus de réforme de la loi de 1970 – loi qui fixe les principaux objectifs de l'action publique en matière de lutte contre les drogues -. Le principe de ce changement avait été sous-entendu depuis le début de l'année 2003 par les déclarations successives de plusieurs ministres et repris dans les conclusions du rapport d'une commission du Sénat (Olin et Plasait, 2003). Les différents scénarios de réforme, réalisés par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) en concertation avec l'ensemble des ministères ont été transmis au Premier ministre. Ce dernier devrait alors se prononcer sur l'option retenue d'ici la fin de l'année en cours.

Depuis juin 2002, fin du plan triennal 1999-2002 prorogé, les orientations du gouvernement en matière de stratégie de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances n'ont pas encore été officiellement formalisées dans le cadre d'un plan. Les intervenants de terrain continuent leurs activités sur les principes du plan triennal 1999-2002 tout en faisant face à des restrictions budgétaires plus ou moins importantes.

Encadré 1 : 2002 - Chiffres clés -

22,8 % des 18-75 ans ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie ; 2,0 % ont expérimenté la cocaïne ; 1,4 % ont expérimenté les amphétamines ; 0,8 % ont expérimenté l'ecstasy ; 0,7 % ont expérimenté l'héroïne.

90 000 est le nombre estimé de personnes par mois sous traitement de substitution au cours de l'année 2002

Selon les sources, 30 à 60 % des consommateurs d'héroïne et 30 % à 55 % des consommateurs de cocaïne pratiquent l'injection

97 décès par surdoses ont été recensés en 2002, niveau le plus bas jamais atteint

240 nouveaux cas de sida et 199 décès chez les usagers de drogues par voie injectable.

96 740 interpellations pour infraction à la législation dont 84 % concernent des faits d'usage

65 907 saisies ont été opérées en France, le produit le plus couramment saisi étant le cannabis

Le prix médian du gramme d'héroïne blanche est de 80 €, 53 € pour l'héroïne brune. Le comprimé d'ecstasy est vendu en moyenne à 11,3 €. Le prix moyen du gramme de cocaïne varie de 52 à 91 € selon les sites.

Consommations

En population générale, les évolutions observées confirment d'année en année la place du cannabis comme drogue illicite la plus fréquemment consommée. Les prévalences d'expérimentation (avoir consommé au moins une fois dans sa vie) et d'usage au cours des 12 derniers mois chez les adultes sont en effet en hausse : 22,8 % chez les 18-75 en 2002 contre 19,6 en 1999 pour l'expérimentation et 7,5 % en 2002 contre 6,0 % en 1999 pour l'usage au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Beck et Legleye, 2003b).

Le niveau d'expérimentation des autres drogues reste stable (sauf dans le cas de la cocaïne) et marginal. Les derniers calculs réalisés estiment le nombre d'expérimentateurs d'héroïne parmi la population française de 18-75 ans à 300 000, contre 850 000 pour la cocaïne, 350 000 pour l'ecstasy (Beck et Legleye, 2003b).

Parmi les jeunes âgés de 17 ans, les enquêtes auprès des jeunes scolarisés soulignent le doublement du niveau d'expérimentation du cannabis entre 1993 et 2002 ainsi que le triplement du niveau de son usage répété (consommation au moins 10 fois au cours de l'année) sur la même période (Beck et Legleye, 2003a). Les niveaux d'expérimentations des autres drogues illicites restent inférieurs à ceux de l'alcool, du tabac ou du cannabis mais ont cru entre 2000 et 2002. C'est notamment le cas des produits à inhaler (4,1 % en 2000 vs 5,2 en 2002), des champignons hallucinogènes (3,1 % en 2000 vs 4,2 en 2002), du poppers (2,4 % en 2000 vs 4,0 en 2002), de l'ecstasy (2,9 % en 2000 vs 3,9 en 2002) et des amphétamines (1,0 % en 2000 vs 2,0 en 2002).

Tendances récentes

Dans la continuité des observations réalisées en 2001 par le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), il semble que l'injection, même si elle reste la pratique prédominante chez les usagers fréquentant les structures de « bas seuils » soit en baisse et notamment chez les usagers les plus jeunes, tandis que la pratique du « sniff » se diffuse de plus en plus largement.

Les comportements à risques chez ces usagers subsistent : 26 % des injecteurs ont partagé leur seringue au cours du mois écoulé (Bello et al. 2003). Parmi les sniffeurs récents, la pratique du partage reste également répandue : au cours du mois écoulé, les trois quarts des personnes déclarent avoir partagé le produit et près de la moitié (43 %) leur paille (Bello et al. 2003).

Certains mésusages de BHD, principal produit de substitution aux opiacés en France, ont été identifiés, 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 « bas seuil », ainsi que des usages non substitutifs (primo-usages et primo-dépendance).

Indicateurs sanitaires et sociaux

On a pu noter, dans la continuité des tendances observées depuis 1998, une augmentation de la présence des patients âgés de 40 ans et plus et de mineurs parmi les patients pris en charge dans les centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST).

Parmi les substances à l'origine de la prise en charge des patients dans les CSST, la part de la cocaïne et du crack s'accroît sensiblement, dans la continuité des données l'année précédente et des observations réalisées par le dispositif TREND. Les opiacés restent les principaux produits à l'origine des prises en charge en France.

On pourra également noter que les substances les plus consommées au cours du mois écoulé par les personnes fréquentant les structures de « bas seuil », mis à part l'alcool, le tabac et le cannabis, sont la cocaïne, la buprénorphine haut dosage (BHD) et l'héroïne (Bello et al. 2003).

En 2002, le nombre de décès par surdose recensés par les services de police s'élève à 97. Ce niveau est le plus bas atteint depuis le début des années 1990. La part grandissante de la cocaïne et des médicaments dans les décès par surdose (14,6 % des décès renseignés en 2002 contre 9 % en 2000 pour la cocaïne ; 33 % des décès renseignés en 2002 contre 29 % en 2000 pour les médicaments) est une des tendances majeures des chiffres de 2002.

Pour compléter les statistiques officielles de la mortalité, sont exposés dans ce rapport les premiers résultats d'une enquête de cohorte sur la mortalité d'usagers interpellés. Cette enquête, effectuée à défaut d'une enquête de cohorte auprès d'usagers actifs fréquentant un centre de traitement, est la première enquête de cohorte d'envergure sur la mortalité d'usagers réalisée en France (42 000 enregistrements). L'enquête a permis de déterminer que les usagers interpellés, à sexe et âge égal, ont un taux de mortalité plus élevé que celui de la population française, mais qui reste cependant en deçà de ceux d'usagers actifs mesurés dans d'autres pays européens.

Après une baisse marquée de l'ensemble des indicateurs pénaux en 2001 (interpellations, condamnations, incarcérations), les chiffres de 2002 laissent présumer d'un retour aux niveaux atteints en 2000 et antérieurement.

L'interpellation pour usage de cannabis reste l'interpellation la plus courante (76 % de l'ensemble des interpellations réalisées en 2002 contre 71 % en 1998). Plus de 10 000 personnes ont été incarcérées en France au cours de l'année 2002 pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), soit 13 % de l'ensemble des entrants de 2002. Au 1^{er} janvier 2003, 15 % de la population carcérale est détenue suite à une ILS (ils étaient 12 % au 1^{er} janvier 2002 et 21 % en 1995).

Offre

Les nouvelles dispositions législatives et l'augmentation de l'activité policière dans le courant de l'année 2002 ont eu un impact sur l'organisation des trafics dans l'espace urbain¹ et dans l'espace festif techno (Bello et al. 2003).

Dans l'espace urbain ont été constatés une diminution de l'accessibilité de l'héroïne, une offre croissante de stimulants et d'hallucinogènes, un déplacement du trafic vers des lieux et espaces moins visibles.

Dans l'espace festif techno, les nouvelles réglementations encadrant l'organisation d'évènements a contribué au déplacement du trafic vers le milieu urbain et des festivals musicaux hors culture techno du fait de la taille maintenant réduite des évènements festifs.

¹ L'espace urbain ou le milieu urbain est défini comme les lieux de la ville où l'on peut rencontrer et observer des usagers actifs de drogues.

PARTIE 1 : STRATEGIE NATIONALE : CADRE LEGAL ET INSTITUTIONNEL

1. Elaboration et mise en oeuvre de la politique de lutte contre les drogues

1.1 Cadre politique

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est l'instance, en France, 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.

Un nouveau président a été nommé en octobre 2002 à la tête de la MILDT. De nouvelles orientations en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances devraient être définies prochainement dans le cadre d'un plan quinquennal.

1.2 Cadre légal

La **loi du 31 décembre 1970**, particulièrement remise en cause lors de débats parlementaires récents (voir ci-dessous), assigne trois objectifs principaux à l'action publique menée en matière de lutte contre les drogues :

- 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.

Un chantier de révision de cette loi a été ouvert, à la suite des travaux d'enquête d'une commission du Sénat (Olin et Plasait, 2003). Le premier ministre a ainsi mandaté la MILDT le 4 juillet 2003 pour piloter une réflexion interministérielle sur les scénarios de réforme possible de la dite loi. Une série de proposition lui a été remise le 15 septembre visant à « *rénover la loi et trouver une solution qui, tout en maintenant l'interdit, soit plus adaptée à la situation des drogues que la loi de 1970 qui était centrée sur l'héroïne* » (Président de la MILDT, AFP, 24 juin 2003). Les propositions recommandent de sanctionner l'usage de drogues, notamment le cannabis, d'une contravention, les usagers de produits stupéfiants ne seraient ainsi plus passibles de prison dès la première interpellation comme prévu dans la loi de 1970. Le premier ministre doit ainsi trancher sur le montant des amendes mais plus largement sur le type de procédures auquel seront soumis les usagers interpellés : des contraventions de 3^{ème} ou 4^{ème} catégorie (amende forfaitaire fixe - timbre amende - de 68 ou 135 euros, sans inscription au casier judiciaire) ou des contraventions de 1^{er} classe, prononcées par le tribunal de police, dont le montant est variable et pouvant se monter jusqu'à 1500 euros (avec inscription au casier judiciaire).

a) Changements majeurs

L'un des événements parlementaires les plus marquants de la période 2002-2003 est certainement la promulgation de la **loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants**.

Cette nouvelle loi crée un délit de conduite sous l'influence de substances classées comme stupéfiants² et rend obligatoire le dépistage pour tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation. Un dépistage systématique est effectué si le conducteur est impliqué dans un accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel, lorsqu'il existe à son encontre une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants. De plus, les officiers ou agents de police judiciaire peuvent pratiquer ce type de contrôles de manière aléatoire sur tout conducteur.

Les débats autour de cette nouvelle loi se sont essentiellement focalisés autour de la question des effets du cannabis et du déficit de connaissances sur la relation dose-effet de ce produit en l'absence de résultats d'études épidémiologiques de grande envergure (voir à ce propos la section 3.4).

Dans le secteur social, la promulgation de deux lois sont à mentionner.

La **loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale** (n°2002-73, NOR MESX0000077L) permet le financement et la **prescription de médicaments pendant la garde à vue**, en particulier des médicaments de substitution. Cette loi devrait conduire à une baisse des interruptions de traitement parmi les personnes sous main de justice.

La **loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** (loi n°2002-2 NOR MESX0000158 L) a **modifié les statuts des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)** et la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2003** (loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002) **transfère**, dans son article 38, **la prise en charge des dépenses des CSST de l'Etat aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie**. A compter du 1^{er} janvier 2003, les dépenses médico-sociales sont prises en charge par l'assurance maladie, pour une durée de 3 ans, sans préjudice d'autres participations, sous la forme d'une dotation annuelle globale. Le **décret du 26 février 2003** (n° 2003-160 – NOR : SANP0320261D), consécutif à la loi de la même année, **fixe les conditions minimales d'organisation, de fonctionnement et les missions des CSST**, dont la compétence inclut les « addictions associées ».

Les centres bénéficient dans ledit décret d'une stabilisation relative de leur situation dans la mesure où il leur procure une plus grande sécurité de fonctionnement et que leurs missions pourront dorénavant tenir compte en partie de l'évolution des publics et des pratiques. « *En revanche, l'inquiétude demeure chez les professionnels quant à l'absence de base réglementaire solide et de financement stable pour les actions de réduction des risques et de prévention* » (Anonyme, 2003).

Enfin, dans le domaine de la sécurité intérieure, l'article **53 de la loi n° 2001-1062** du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne (LSQ) a complété la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (LOPS). L'**article 23-I** nouveau de la LOPS **confère un nouveau cadre juridique aux rassemblements couramment appelés « rave-parties »**. Les organisateurs de ces rassemblements sont désormais tenus de déclarer leur projet aux préfets des départements sur le territoire desquels les « rave-parties » sont prévues. Le **décret n° 2002-887 du 3 mai 2002** précise ce dispositif et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non à l'engagement de se plier aux bonnes pratiques fixées par arrêté (voir la section 9.4 pour plus de détails). La mise en application, à partir du second semestre 2002, **de la loi sur la sécurité quotidienne** et des décrets qui en découlent ont eu des répercussions importantes et visibles sur : l'organisation générale et le type des événements organisés ; la consommation des substances psychoactives ; l'intervention sanitaire et enfin le trafic (on pourra se reporter notamment aux sections 5.1, 5.3 pour plus de détails).

² La peine est aggravée lorsqu'une consommation d'alcool concomitante est constatée - trois ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende, contre deux ans et 5 000 € d'amende pour seul usage de stupéfiants.

b) Autres projets de loi

Plusieurs propositions ou projets de loi ont été déposés dans le courant de l'année 2002 mais tous n'ont pas été votés ou adoptés.

Un projet de loi portant sur **l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité**, a été adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 23 mai 2003³, dans la continuité de l'effort de modernisation de la justice pénale⁴. L'objectif de ce projet est de donner à la justice des moyens pour lutter plus efficacement contre certaines formes spécifiques de délinquance et de criminalité, et plus particulièrement celles commises en bande organisée :

- introduction dans le droit pénal de deux nouveaux types d'infractions commises en bande organisée. Dans la première catégorie, la plus grave, des crimes et délits commis à l'encontre des personnes, sont inclus le trafic de stupéfiants et le proxénétisme (Art. 1). La deuxième catégorie regroupera les infractions de moindre gravité, aggravées quand elles sont commises en bande organisée (ex : le vol) (Art. 2) ;
- création de juridictions inter-régionales spécialisées pour le traitement des procédures concernant les infractions de délinquance ou de criminalité organisée ;
- **généralisation de règles de procédure spécifiques** qui ne s'appliquaient auparavant qu'aux affaires de trafic de stupéfiants et de terrorisme, concernant la surveillance, l'infiltration, prolongation de la garde à vue, les perquisitions de nuit, les écoutes téléphoniques au cours de l'enquête initiale ;
- extension et clarification des dispositions relatives aux repentis (Art.9)
- **parmi les dispositions concernant la lutte contre la délinquance et la criminalité internationale, un certain nombre**, relatives à l'entraide judiciaire internationale, visent à simplifier la transmission et l'exécution de commissions rogatoires internationales ainsi que des dispositions pour le renforcement de la coopération judiciaire au sein de l'Union européenne ;

L'élaboration en cours de la **loi relative à la politique de santé publique** (loi quinquennale de santé publique) s'appuiera sur le rapport du groupe technique national qui analyse les connaissances disponibles sur plus de 70 problèmes de santé (dont les addictions), leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Ce rapport propose pour chacun des problèmes des objectifs quantifiables susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années. Pour ce qui concerne plus particulièrement la consommation de produits psychoactifs, le rapport recommande une stratégie de prévention se déclinant en plusieurs points :

- démarche préventive prenant en considération l'importance des contextes et des occasions de consommation dans l'étiologie des conduites addictives, basée sur des outils de repérage précoce des facteurs de risques individuels et visant à retarder le plus possible l'âge d'initiation aux substances psychoactives ;
- considération dans les stratégies de santé publique des groupes sensibles (femmes enceintes) ou vulnérables ;
- un repérage précoce des consommations problématiques passant éventuellement par une réorganisation des structures existantes ou la création de véritables consultations de prévention.

Le rapport spécifie que ces axes d'action devraient être repris dans le prochain plan quinquennal de lutte contre la drogue et les dépendances.

Le projet de loi actuel (NOR : SANX0300055L/B1) fixe parmi ses principaux objectifs la mise en œuvre « *d'un plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des*

³ Le projet de loi sera discuté au Sénat à partir du mercredi 1^{er} octobre 2003.

⁴ engagé par la loi de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 (n°2002-1138, NOR JUSX0200117L)

comportements à risques et des conduites addictives » sans pour autant en décliner les modalités.

1.3 Textes d'applications

« *En vue de lutter contre l'économie souterraine et les différentes formes de délinquance organisée qui l'accompagnent* », la **circulaire interministérielle du 22 mai 2002** a créé 28 groupes d'interventions régionaux (GIR) rattachés aux services régionaux de police judiciaire ou aux sections de recherche de la gendarmerie nationale. L'objectif de cette circulaire était clairement affiché : mettre en œuvre une « *action pluridisciplinaire engageant non seulement la police et la gendarmerie nationales, mais également les services fiscaux, des douanes, de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (CCRF), du travail et de l'emploi* ». Un an après sa mise en place, le Ministère de l'Intérieur juge le bilan du dispositif très positif : amélioration dans le fonctionnement mutuel des services de l'Etat impliqués dans la sécurité intérieure (policiers, gendarmes, douaniers, militaires, agents des services fiscaux), résultats jugés « significatifs » dans le nombre d'opérations menées (interpellations, placements en garde à vue, sanctions fiscales ou douanières etc.).

En matière de lutte contre les trafics, **une circulaire** de la direction des affaires criminelles et des Grâces (DACG ; CRIM 2002-04 G du 15-02-2002) fixe des règles précises de fonctionnement et organise le suivi des fonds saisis dans le cadre d'affaires de trafic de stupéfiants ou de blanchiment, s'appuyant sur le fait que le **fonds de concours drogues**, créé par le décret n°95-322 du 17 mars 1995 n'a jamais été alimenté de façon substantielle.

Pour ce qui concerne les aspects sanitaires, et plus particulièrement les traitements de substitution, une circulaire de la Direction générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux (DGS / DHOS) permet maintenant aux médecins pratiquant dans des établissements de santé d'initialiser une prescription de méthadone (**circulaire DGS/DHOS n°2002/57** du 30 janvier 2002 **relative à la primo-prescription de méthadone en établissement de santé**).

1.4 Evolution de l'opinion et du débat

a) Principaux résultats d'enquêtes sur l'opinion publique

Les dernières enquêtes d'opinion sur les drogues disponibles ont été menées en 1999 et 2002 par l'OFDT (Beck et al. 2003 ; Beck et Peretti-Wattel, 2000).

En 2002, sur 2009 personnes de 15 à 75 ans sélectionnées par la méthode des quotas et interrogées par téléphone, 61,0 % déclarent se sentir informées sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999 (Beck et al. 2003). En matière de prévention, 9 enquêtés sur 10 jugent utile l'information dispensée dans les écoles mais les trois quarts l'estiment insuffisante.

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, puisque 82,0 % des enquêtés citent soit le haschisch, soit la marijuana, soit le cannabis ou l'un de ses dérivés (78,0 % en 1999 et 82,0 % en 2002, tableau 1).

Concernant plus particulièrement le cannabis, les Français surestiment généralement la proportion de personnes ayant expérimenté au moins une fois ce produit par rapport au chiffre de référence d'environ 20 % d'expérimentateurs parmi les 15-75 ans. La perception de la dangerosité de ce produit reste inchangée durant la période 1999-2002 (environ 50 % pensent qu'il est dangereux dès la première prise et deux tiers de la population adhèrent au fait que la consommation de cannabis conduirait à consommer par la suite des produits plus dangereux ou « théorie de l'escalade »). Seules 2 % des personnes interrogées jugent qu'il

est le produit le plus dangereux : l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne sont les trois drogues citées le plus fréquemment.

Tableau 1 : Produits spontanément cités en tant que drogues par au moins 5 % des enquêtés

Substance	Publimétrie 1997 n = 1 002	OFDT 1999 n = 2 002	OFDT 2002 n = 2 009
Cannabis	67%	78,0%	82,0%
Cocaïne	56%	53,7%	59,7%
Héroïne	40%	44,9%	48,1%
Ecstasy	29%	39,1%	37,4%
LSD	22%	26,7%	26,6%
Tabac	17%	20,8%	19,7%
Alcool	14%	20,3%	18,8%
Crack	-	12,2%	13,4%
Opium et autres opiacés	7%	7,6%	10,0%
Morphine	7%	7,5%	5,4%
Ne connaît aucun produit	14%	6,2%	3,7%

Source : Publimétrie 1997 ; EROPP 1999, OFDT ; EROPP 2002, OFDT

Opinions sur la politique publique à l'égard du cannabis

Pour le cannabis comme pour l'héroïne, la minorité d'individus favorables à une autorisation de l'usage sous conditions reste stable dans le temps (respectivement 35,0 % vs 34,0 % et 12,0 % vs 11,6 %, évolution non significative dans les deux cas). Environ les trois quarts des Français sont très défavorables à une telle autorisation de l'usage d'héroïne, contre la moitié pour le cannabis.

Les individus favorables à une mise en vente libre du cannabis sont nettement plus nombreux qu'en 1999 (23,9 % vs 17,1 %, $p < 0,001$, tableau 2).

Tableau 2 : Opinion sur la mise en vente libre de cannabis, évolution 1999-2002

	1999	2002
Tout à fait d'accord	5,8 %	8,3 %
Plutôt d'accord	11,3 %	15,6 %
Sous-total d'accord	17,1 %	23,9 %
Plutôt pas d'accord	18,6 %	14,6 %
Pas du tout d'accord	63,9 %	60,9 %
Sous-total pas d'accord	82,5 %	75,5 %
Ne se prononcent pas	0,4 %	0,6 %

NB : Les comparaisons présentées portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Cette augmentation se retrouve aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes et à tous les âges, mais surtout parmi les 18-24 ans (+ 15 points). Si cette évolution se fait en partie sous l'effet de la croissance de l'usage du cannabis (+ 10 points parmi ceux qui en ont déjà pris au cours de leur vie), il est intéressant de noter que parmi les individus qui n'ont jamais consommé ce produit, il existe aussi une augmentation significative (14,4 % contre 10,3 % en 1999, $p < 0,001$).

Enfin, la population est largement favorable à une prescription médicale de cannabis à certains grands malades (67 % en 1999 et 74,5 % en 2002), prescription qui n'est pas autorisée en France.

b) Orientations des débats dans la société civile, parlement, organisations, ONG

Comme on l'a vu précédemment, l'année parlementaire 2002 a été riche en nouvelles lois (section 1.2.a) et projets de lois (section 1.2.c). L'activité des commissions d'enquêtes parlementaire témoigne de ce souci de réforme.

Commissions d'enquêtes

Le Sénat a adopté le 12 décembre 2002 une résolution créant une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre la toxicomanie. En s'appuyant sur l'audition d'experts (professionnels, décideurs publics, chercheurs...) et des déplacements, menés de février à mai 2003, cette **commission d'enquête composée de 21 membres** a formulé 64 propositions, réparties en 4 grands domaines d'intervention ou priorités (Encadré n°2), sur lesquels pourrait s'appuyer une nouvelle politique de lutte contre les drogues (Olin et Plasait, 2003). Dans le cas où le gouvernement ne dépose pas un projet de loi suite aux conclusions du rapport, les sénateurs composant la commission n'écartent pas l'hypothèse de déposer eux-mêmes une proposition de loi.

Encadré 2 : Les quatre priorités de la commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites

1. Donner la priorité à une prévention totale. Une prévention faite d'éducation à la santé, d'information, de formation et de prise en charge psychologique, sociale et sanitaire aussitôt qu'un problème lié à la drogue est décelé.
2. Développer une politique de soins plus efficace pour l'accueil, le sevrage, les post-cures et la préparation à la réinsertion.
3. Apporter la réponse judiciaire et éducative qui n'existe pas aujourd'hui. Il est notamment proposé une simple contravention pour le premier usage qui ne serait alors plus passible de prison, mais la récidive et le refus de soins resteraient des délits avec la possibilité pour le juge en dernier recours de la possibilité de placement dans un centre fermé de traitement de la toxicomanie.
4. Renforcer la répression du trafic sous toutes ses formes notamment par l'amélioration de la coopération internationale.

Une autre commission d'enquête du Sénat sur **la délinquance des mineurs, dont le rapport a été remis au Président du Sénat le 26 juin 2002** a consacré un court paragraphe au lien entre délinquance et usage de drogues (Carle et Schosteck, 2002). L'accent est mis sur la surreprésentation des consommateurs de drogues (licites et illicites) parmi les auteurs d'actes de délinquance (quel que soit le milieu social) et sur la dangerosité du cannabis récusant le terme de « drogue douce ».

Rapports

L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, commun aux deux assemblées, a présenté son rapport sur « **l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs** » le 20 février 2002 (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2002).

L'ambition de ce travail était d'éclairer le législateur sur les effets des drogues sur le cerveau et, ainsi, mettre l'accent sur les problèmes de santé publique soulevés par l'usage de drogues (Encadré n°3). Pour la rédaction de ce rapport, une trentaine d'experts français et internationaux ont été auditionnés.

La *Division des études de législation comparée du service des affaires européennes* du Sénat, a élaboré un **document de travail sur le thème de la dépénalisation du cannabis** (Division des études de législation comparée, 2002). Ce document, qui a un caractère purement informatif se proposait de faire une étude législative comparée des règles en vigueur dans quelques pays européens « *représentatifs de traditions juridiques différentes* » (Allemagne, Angleterre et Pays de Galles, Danemark, Pays-Bas, Portugal et Suisse).

La conclusion de l'étude est la suivante : « *si la Suisse adoptait le projet de révision de la loi fédérale sur les stupéfiants, la France deviendrait le seul des huit pays étudiés à ne pas avoir dépénalisé la consommation du cannabis* ».

Encadré 3 : Recommandations principales du rapport sur « l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs »

1. que soit organisée, dans le nécessaire respect de l'instruction, la possibilité pour les chercheurs d'accéder aux données relatives à la drogue pouvant figurer dans les procédures judiciaires.
2. Un établissement public de recherche centralisant et impulsant les études sur la toxicomanie doit être créé. La création d'une taxe de 0,5 € par paquet de cigarettes affectée au financement de cet établissement le doterait de moyens d'envergure.
3. Un effort budgétaire significatif doit être engagé dans le domaine des études relatives à la toxicomanie et des priorités claires doivent être définies dans les axes de recherche.
4. Le Subutex® doit s'insérer dans un projet médical de sortie de la toxicomanie. Le rapport invite le Gouvernement à repenser les modalités de distribution de ce produit
5. Des structures d'analyse des nouvelles drogues qui apparaissent sur le marché doivent être mises en place.
6. Une étude de grande ampleur sur les troubles scolaires liés à la consommation de drogues doit être engagée.

c) représentation par les médias

C'est principalement autour des thèmes liés à la sécurité et la visibilité accrue de l'activité policière d'une part, et des questions suscitées par la consommation de cannabis d'autre part, que s'organise le discours des médias relatif aux drogues durant la période 2002 -2003. Tout ceci sur fond d'alternance politique après les victoires successives de la Droite aux élections du printemps 2002.

Concernant les sujets relatifs à la répression, les saisies de différents produits sont assidûment rapportées ; par ailleurs, dès l'été 2002, à l'occasion du traditionnel « Teknival » de la mi-août, plusieurs reportages reviennent sur les nouvelles dispositions concernant l'organisation des « *rave parties* ». Les médias se penchent également régulièrement sur ce type d'événements, les consommations qui s'y déroulent, leurs conséquences sanitaires et les actions mises en place dans ce contexte. La question de la réduction des risques, après la mise en cause du président d'une association « pour facilitation de la consommation », sera, elle aussi, largement évoquée à la rentrée 2003.

Ce ne sont pourtant pas les sujets relatifs aux produits de synthèse et en particulier l'ecstasy qui retiennent le plus l'attention des médias. Mises à part les reprises sur un possible lien (depuis infirmé) entre consommation d'ecstasy et maladie de Parkinson fin 2002, excepté l' « engouement » des médias pour le GHB, « drogue du viol », c'est avant tout la substance illicite la plus expérimentée et consommée qui retient l'attention des journalistes : le cannabis.

Après la déclaration du candidat socialiste Lionel Jospin à l'Agence France Presse en mars 2002, qui affirme être opposé à une « *dépénalisation du cannabis* » tout en estimant que « *fumer un joint chez soi est certainement moins dangereux que boire de l'alcool avant de conduire, pour soi et aussi pour autrui* », les médias s'emparent du sujet pour présenter les positions des différents compétiteurs. A propos de la loi de 1970, le candidat Jacques Chirac, finalement réélu, indique qu'« *elle mérite d'être actualisée, notamment en ce qui*

concerne l'échelle des peines ». Le débat médiatique revient sur ces mêmes questions à l'automne avec la nomination d'un nouveau président de la MILDT, Didier Jayle, qui choisit la presse pour indiquer dès son installation qu'il est opposé à la dépénalisation du cannabis et déclarer vouloir lutter contre sa banalisation. Au même moment, les discussions autour de la proposition de loi sur la conduite sous l'emprise de stupéfiants battent leur plein, y compris dans les médias : celles-ci sont presque exclusivement axées sur le cannabis et ses effets au volant. Dans l'attente des résultats de la vaste enquête épidémiologique pilotée par l'OFDT sur la recherche de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, les affirmations de certains toxicologues déclarant pouvoir démontrer un lien entre consommation du produit et accidents sont largement relayées et commentées. Dès le début de l'année 2003, presse écrite et audiovisuelle reviennent sur le cannabis et sa consommation chez les jeunes à l'occasion des auditions de la commission d'enquête du Sénat sur les produits illicites (Olin et Plasait, 2003). Le discours du ministre de l'Intérieur, fin avril, qui annonce une refonte de la loi de 1970 est abondamment commenté. Au cours des mois suivants, les journalistes reviennent largement sur ces thèmes, en particulier mi-septembre à l'occasion de la remise par la MILDT de ses conclusions sur le sujet au Premier Ministre. Celui-ci déclare au cours d'une émission de télévision que le cannabis constitue un « *véritable problème de santé publique* », en exposant devant les caméras des feuilles de papier à cigarettes grand format. Un geste longuement commenté dès le lendemain par ses partisans comme ses détracteurs.

Encadré 4 : Veille média du dispositif TREND

Une veille media a été mise en place depuis la fin de l'année 2000 au sein du dispositif d'observation sur les tendances récentes (TREND – Tendances récentes et nouvelles drogues). Ce système vise à identifier les représentations véhiculées sur les drogues illicites et leur usage par quelques magazines destinés aux adolescents et aux jeunes adultes (*Max, Technikart et Têtu, L'Affiche, Nova et Trax*). La méthode de travail consiste à relever systématiquement dans les publications les références manifestes ou implicites à l'usage de drogues.

Le cannabis est sans conteste la substance la plus citée dans les publications. À la lecture des citations, il apparaît que son usage concerne toutes les classes sociales. Le constat de la banalisation de sa consommation dans la population et parmi les jeunes en particulier incite les magazines à se faire le relais des informations concernant cette substance et des revendications relatives à sa dépénalisation. Cette attitude n'en implique pas moins une volonté de mettre en évidence les risques sanitaires potentiels attachés à l'usage de cette substance.

Les références à la cocaïne, l'ecstasy et l'héroïne sont aussi nombreuses dans les magazines étudiés.

La cocaïne a une image ambivalente. D'un côté, cette substance fascine tant elle est associée à la fête, au sexe, et à des milieux sociaux haut placés sur l'échelle sociale. D'un autre côté, les conséquences sanitaires graves des usages abusifs de cette substance sont fréquemment mis en évidence.

Les références à l'ecstasy relevées donnent l'impression que le produit est consommé par un très large éventail de personnes (qui évoluent tant dans les clubs que dans les raves officielles, les « free parties », les soirées mondaines, la rue, le milieu artistique...) mais traduisent une réelle méfiance sur la composition des comprimés vendus sur le marché noir et les effets à long terme pour l'instant méconnus.

L'image de l'héroïne véhiculée par les médias, est négative. Son usage est stigmatisé, apparaissant incompatible avec le milieu festif, sauf lorsque la prescription est médicalisée dans le cadre de prise en charge d'usagers dépendants.

1.5 Budget et attributions

Les principales dépenses en matière de lutte contre les drogues sont réalisées sur les crédits du ministère de la Santé et de la Solidarité :

- au chapitre 47-15 « programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives » rattaché à la DGS ;
- au chapitre 47-16 « actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie » rattaché à la MILDT ;
- et partiellement au chapitre 47-18 « lutte contre le Sida et les maladies infectieuses ».

Le tableau 3 indique les différents crédits votés par le gouvernement dans la loi de Finances initiale pour l'exercice 2002. Des annulations de crédits ont été décidées lors de ce même exercice. Au seul titre du chapitre 47-16 le montant des crédits supprimés est d'un peu plus de 4 millions d'euros (tableau 4).

Tableau 3 : Crédits spécifiques liés aux dépenses en matière de lutte contre les drogues, votés en loi de finances initiale en 2002 (en millions d'euros)

Chapitre 47-15 :	118,46
• 47-15 article 30 (dépenses non déconcentrées)	1,23
• 47-15 article 40 (dépenses déconcentrées)	117,23
Chapitre 47-16	45,58
Chapitre 47-18	74,95

Source : MILDT

Tableau 4 : Budget exécuté, en 2002, au titre du chapitre 47-16 de l'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie (en millions d'euros)

• 47-16 article 10 (crédits transférés aux ministères)	5,69
• 47-16 article 20 (crédits d'intervention déconcentrés)	14,15
• 47-16 article 30 (crédits déconcentrés programme de prévention, CDO, CIRDD)	21,47
Total	41,31

Source : MILDT

PARTIE 2 : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

2. Prévalence, caractéristiques et évolution de l'usage de drogues

2.1 Principales évolutions et tendances émergentes

Comme l'année passée, on ne peut que constater la **croissance de l'expérimentation du cannabis** alors que **l'expérimentation des autres drogues reste stable** (partie 2.2).

L'usage d'héroïne et des autres opiacés reste le fait d'une minorité en France. Selon l'enquête du dispositif **TREND** auprès de personnes fréquentant les structures de « bas seuil » (programmes d'échanges de seringues, boutiques), **les substances les plus consommées au cours du mois écoulé, mis à part le tabac, le cannabis et l'alcool, sont la cocaïne (42 %), la buprénorphine haut dosage (BHD) (42 %) et l'héroïne (31 %)**. Il est à noter que pour la BHD se confondent des usages thérapeutiques et non thérapeutiques.

Parmi ces personnes, la fréquence des différentes voies d'administration se modifie. La pratique de l'injection au cours du mois écoulé semble en diminution (44 % en 2002 contre 54 % en 2001), tandis que celle du sniff semble progresser (49 % en 2002). Ces modifications semblent plus marquées chez les usagers les plus jeunes. Ces constats sont dans la continuité de ceux réalisés en 2001.

La buprénorphine haut dosage (Subutex®) est la molécule la plus utilisée dans le cadre de prises en charge comportant une substitution aux opiacés en France. Sa disponibilité sur le marché parallèle des grandes zones urbaines est très élevée. Si une majorité de personnes semble utiliser ce produit dans le cadre d'un protocole médical, on observe toutefois **deux types de problèmes**. D'une part, une partie des usagers de ce produit l'utilise par des voies inadéquates (injection, sniff), d'autre part, il a été mis en évidence des primo-usages et des primo-dépendances à la BHD. Parmi des personnes ayant recours à des structures de « bas seuil », l'injection de BHD au cours du mois écoulé concerne un peu moins de la moitié des usagers de BHD, le primo-usage de BHD (premier opiacé consommé au cours de la vie) 7 % et la primo-dépendance (premier opiacé ayant entraîné une dépendance) 13 % (Escot et Fahet, 2003).

La cocaïne est un produit de disponibilité élevée en France en 2002. En témoignent, sa présence très fréquente au sein de l'espace festif techno, la diversité des profils sociaux concernés par sa consommation et le taux élevé d'utilisation au cours du mois écoulé parmi les usagers de structures de « bas seuil » de sa forme chlorhydrate (42 %) et de sa forme base (26 %). Toutefois, en population générale, il s'agit d'un produit expérimenté par une petite minorité de personnes (30 adultes de 15 à 34 ans pour mille en 2002).

Si de manière générale l'expérimentation des produits hallucinogènes reste un phénomène marginal en France, on observe une **certaine fréquence de l'expérimentation des champignons hallucinogènes chez les jeunes de 17 ans** (26 filles pour mille et 57 garçons pour mille ; Beck et al. 2003a). Par ailleurs, le dispositif TREND rapporte que les champignons hallucinogènes et les autres produits naturels bénéficient d'une bonne image auprès des usagers, ce qui peut favoriser le développement de leur usage.

Auprès des usagers de structures de « bas seuil », si la fréquence de l'injection semble évoluer, celle des **pratiques à risque reste inquiétante**. Ainsi, parmi les injecteurs récents (mois écoulé), la fréquence du partage de matériel ou de produit reste élevée, et près d'un quart des personnes déclare avoir partagé ses seringues au cours du mois écoulé (Bello et al. 2003). Parmi les sniffeurs récents, le partage des pailles concerne près d'une personne sur deux.

2.2 Usages de drogues en population générale

Quatre niveaux sont généralement retenus pour qualifier l'ampleur des consommations de différentes drogues ; 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 une fois dans les 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien : consommation tous les jours ou la veille.

a) Principaux résultats

La consommation de cannabis a augmenté de façon significative entre 1992 et 2002. Les enquêtes, en particulier celles menées auprès des jeunes, confirment cette évolution ainsi que les observations faites sur le terrain : l'usage du cannabis est croissant (Beck et al. 2002a ; Beck et al. 2003 ; Beck et al. 2002b ; Choquet et al. 2002).

La prévalence de l'expérimentation de ce dernier produit s'avère très supérieure aux expérimentations mesurées pour les autres produits illicites. Alors qu'une hausse nette de l'expérimentation, dans la continuité de celle observée depuis le début des années 1990, apparaît pour le cannabis (parmi les 15-75 ans : entre 1999 et 2002, 19,6 % vs 23,2 %, $p < 0,001$ au cours de la vie ; 6,4 % vs 8,5 %, $p < 0,05$ au cours de l'année), le niveau d'expérimentation des autres drogues reste faible et stable parmi les 15-75 ans : 3,6 % des 15-75 ans déclarent avoir déjà pris une autre drogue illicite que le cannabis au cours de leur vie (la substance la plus couramment expérimentée restant la cocaïne, expérimentée par 1,9 % des 15-75 ans). Parmi les 15-34 ans, 5,5 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà pris une autre substance illicite que le cannabis au cours de leur vie, et 1,6 % au cours de l'année) (Beck et al. 2003).

Quel que soit le produit considéré les expérimentateurs sont en majorité des garçons, qui habitent généralement dans des grandes unités urbaines (Beck et al. 2002a). 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.

b) En population générale

Les dernières prévalences disponibles ont été largement présentées dans le précédent rapport, c'est pourquoi nous nous y attarderons peu (voir également tableau épidémiologique n°1).

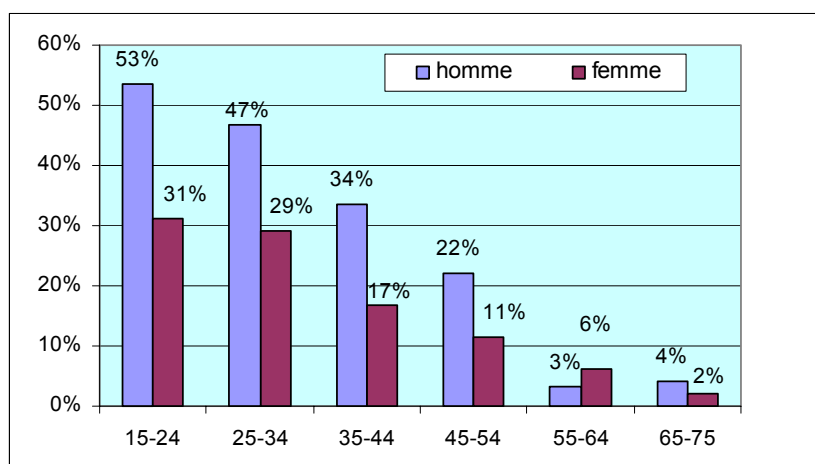
En 2002, deux Français de 15-75 ans sur cinq ont déjà expérimenté le cannabis et moins d'un sur dix en font un usage plus courant, occasionnel ou régulier (Beck et al. 2003).

L'usage de cannabis au cours de la vie est fortement lié à l'âge et au sexe, les plus jeunes et les hommes se déclarant plus souvent consommateurs de drogues illicites que les personnes plus âgées et que les femmes, comme l'illustre le graphique 1.

Les expérimentations déclarées de drogues autres que le cannabis apparaissent assez marginales. Les usages au cours de l'année sont quant à eux très rares en population générale, ne dépassant pas 0,3 % pour les 15-75 ans et atteignant 0,8 % pour l'ecstasy, 0,7 % pour la cocaïne et 0,6 % pour les produits hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes) pour les 15-34 ans.

L'âge moyen à l'expérimentation (ou initiation) est assez différencié selon les produits dans la population des 15-75 ans (Beck et al. 2002a) : 16,3 ans pour les produits à inhaler ($n=346$), 19,6 ans pour le cannabis ou 23 ans pour la cocaïne ($n=202$) à titre d'exemples.

Graphique 1 : Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge



Source : EROPP 2002, OFDT.

c) Population jeune ou scolarisée

Les données les plus récentes ont été présentées dans le rapport précédent. Le tableau épidémiologique n°2 fournit les résultats de l'enquête en milieu scolaire ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs) réalisée en 1999 (Choquet et al. 2002).

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) réalisée en 2002 par l'OFDT (Beck et al. 2003a) montre qu'à 17 ans, après le tabac, l'alcool et le cannabis, 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 %). Ces expérimentations sont toujours plus fréquentes pour les garçons.

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de cannabis a eu lieu en moyenne à 15,2 ans pour les garçons et 15,3 ans pour les filles (prévalence d'expérimentation de 54,6 % chez les garçons et 45,7 % chez les filles) (Beck et al. 2003a).

Chez les 17-19 ans, les âges moyens à l'expérimentation montrent que, l'alcool mis à part, c'est le tabac qui est expérimenté le plus précocement, qui précède de plus de 6 mois en moyenne les produits à inhaler (tableau 5) (Beck et al. 2002b).

Tableau 5 : Age moyen d'expérimentation de l'ensemble des produits psychoactifs (en années)

	Expérimentation garçons	Expérimentation filles
Tabac	13,6 (n=2705)	13,8 (n=6886)
Produits à inhaler	14,2 (n=157)	14,4 (n=273)
Médicaments psychotropes	15,1 (n=360)	15,5 (n=2488)
Cannabis	15,2 (n=1926)	15,5 (n=3855)
Ivresse	15,2 (n=2250)	15,6 (n=4283)
Crack	16,0 (n=21)	15,6 (n=23)
Héroïne	16,2 (n=20)	16,0 (n=45)
Champignons hallucinogènes	16,2 (n=213)	16,1 (n=182)
Poppers	16,2 (n=168)	16,1 (n=259)
Cocaïne	16,3 (n=70)	16,1 (n=86)
Amphétamines	16,3 (n=67)	16,0 (n=74)
Ecstasy	16,4 (n=152)	16,4 (n=203)
LSD	16,4 (n=60)	16,2 (n=80)

Source : ESCAPAD 2001, OFDT.

Les médicaments psychotropes sont expérimentés ensuite (15,1 ans pour les garçons et 15,5 ans pour les filles). Viennent ensuite le temps du « premier joint » et la « première ivresse », les autres substances étant consommées après l'âge de 16 ans en moyenne. La faiblesse des effectifs interdit de conclure à tout ordre chronologique parmi ces dernières.

d) Groupes spécifiques

Astrid Fontaine (2002) a mené une recherche qualitative et exploratoire auprès de personnes insérées dans le milieu du travail et consommatrices de produits psychotropes – licites et illicites (41 personnes gérant depuis plus d'un an -15 à 20 ans pour certains- à la fois une pratique interdite et une insertion ordinaire dans un environnement professionnel).

3 catégories d'usages en milieu professionnel peuvent être distinguées :

- la consommation est exclusivement réservée au cadre privé et n'intervient jamais sur le lieu de travail ;
- la consommation a lieu occasionnellement sur le lieu de travail (dans des circonstances exceptionnelles ou plus régulièrement) ;
- la consommation est ou a été régulière tant dans la vie privée qu'au travail, sur des périodes d'un an et plus.

Pour toutes les personnes rencontrées lors de cette enquête, A. Fontaine remarque non seulement une tendance générale à cacher sa consommation à l'entourage professionnel - mais surtout aux supérieurs hiérarchiques ou clientèles ou personnes extérieures à la structure. Des similitudes s'observent en terme de gestion des consommations par rapport au rythme et aux conditions de travail plutôt qu'en fonction des catégories socioprofessionnelles. « Le travail représente pour ces personnes à la fois une contrainte, un point de repère, un cadre, plus ou moins rude, plus ou moins sécurisant. Une minorité de personnes insiste plus particulièrement sur les valeurs positives du travail, les autres tiennent un discours mitigé et parfois très négatif, en rapport avec le stress qu'il génère » (Fontaine, 2003).

Dans le cadre du dispositif TREND, les espaces prostitutionnels masculin et féminin ont été étudiés afin d'estimer l'importance et les modalités des usages de produits psychotropes (Da Silva, 2003, Cagliero et Lagrange, 2003). Ces investigations ont été menées à partir de questionnaires et d'entretiens, à Marseille et à Paris pour les hommes et les transgenres et à Lille, Marseille et Paris pour les femmes.

L'usage récent de drogues illicites, hors cannabis, semble concerner une minorité de personnes prostituées (usage récent d'héroïne 2 % chez les hommes et les transgenres ; 5 % chez les femmes). Il apparaît plus fréquent chez les hommes et les transgenres que chez les femmes (prévalence d'usage récents plus élevé pour la cocaïne, les poppers, l'ecstasy). L'usage d'héroïne comme facteur explicatif d'une entrée dans la prostitution semble plus répandu chez les femmes que chez les hommes et les transgenres.

2.3 Usages de drogues problématiques

a) Estimations nationale et locale

Sous l'égide de l'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) une estimation locale de la prévalence d'usage problématique de drogues a été menée en France, dont le résultat, obtenu à partir de la méthode d'estimation démographique et de données de 1999 est de 0,46 % (tableau épidémiologique n°7).

Des estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne ont été menées par Chevallier, E. (2001) concomitamment dans cinq villes de France (tableau épidémiologique n°8), 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.

Enfin, les enquêtes en population générale n'ont pas encore intégré la notion d'usage problématique. En effet, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus sur les indicateurs à retenir pour renseigner le concept, et ce malgré des efforts entrepris sur la comparabilité internationale des enquêtes en population générale⁵. Il est vraisemblable qu'une définition sera adoptée d'ici la fin de l'année 2003.

b) Comportements à risques

Il résulte de l'enquête menée auprès des usagers fréquentant des structures de « bas seuil » en 2002 (Bello et al. 2003), que parmi les injecteurs récents (mois écoulé), les pratiques déclarées de partage subsistent. Le produit est partagé au cours du mois écoulé par 62 % des personnes, le plus souvent occasionnellement. Le matériel (seringue, cuillère, coton) l'est beaucoup moins et lorsqu'il l'est, il s'agit de partages occasionnels. Toutefois, 26 % des injecteurs ont partagé leur seringue et 24 % leur eau de rinçage au cours du mois écoulé. Ce constat souligne l'importance, pour les personnes pratiquant l'injection, d'un accès à l'information sur les risques encourus et d'un accès aisé à du matériel d'injection stérile afin de diminuer la fréquence de pratiques à risques de transmission de micro-organismes.

Parmi les sniffeurs récents (au cours du mois écoulé) la pratique de partage reste très répandue. Au cours du mois écoulé, les trois quarts des personnes déclarent avoir partagé le produit et près de la moitié (43 %) leur paille.

3. Conséquences sanitaires

3.1 Demande de prise en charge

La France ne possède pas encore de système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen.

Ce rapport s'appuie donc sur les données de l'enquête du mois de novembre 1999 (Tellier, 2001) mais également sur celles qui sont issues des rapports d'activité annuels des CSST, les derniers chiffres disponibles⁶ datant de 2001 (environ 50 000 patients, (DGS et OFDT, 2003). Les données issues des rapports d'activité ont cependant l'avantage de reposer sur une période annuelle, ce qui les rend plus comparables avec celles des autres pays. Elles sont utilisées à titre transitoire, en attendant la mise en place du recueil conforme au protocole européen.

Les résultats de deux autres enquêtes seront également utilisés dans ce rapport, même si elles diffèrent par leur méthode de recueil des préconisations du protocole européen. La première est une enquête sur les consommations des usagers pris en charge dans un panel de structures, essentiellement des CSST, au cours d'un mois donné ou enquête OPPIDUM⁷ (Thirion et Saillard, 2003). La deuxième est une enquête spécifique auprès des usagers fréquentant les structures de « bas seuil » menée dans les sept sites intégrés au dispositif français d'observation des tendances récentes ou dispositif TREND⁸ (Bello et al. 2003).

⁵ Voir à ce propos Bless, R., Korf, D., Ripper, H. and Diemel, S. (1997), *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the european union*, EMCDDA.

⁶ Le rapport d'activité « type » des CSST contient un ensemble de questions permettant de décrire de façon sommaire les patients pris en charge au cours de l'année. Les données sont fournies pour l'ensemble des patients fréquentant la structure et non pas patient par patient.

⁷ OPPIDUM : Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse. Nombre de patients inclus en 2002 : 3422

⁸ nombre de patients inclus en 2002 : 964

a) Nombre de recours

Les derniers chiffres disponibles datant de 1999, et ayant été largement présentés dans le rapport précédent, ils ne seront exposés que succinctement.

Le nombre de personnes prises en charge déclaré par les structures spécialisées s'est élevé en 1999 à environ 65 000 personnes dont un peu moins de la moitié sont des premiers recours⁹.

Le nombre de prises en charge dans les structures spécialisées recensées au cours du mois de novembre a augmenté de 4 % par an entre 1997 et 1999. Elles ont plus que doublé en 10 ans passant de 28 000 en 1989 à 65 000 en 1999. Cette évolution est fortement liée à la croissance rapide du nombre de structures spécialisées au cours de cette période.

Il est possible, sous certaines hypothèses, d'avoir une idée du nombre de patients en traitement au cours d'un mois donné en utilisant les données de vente de BHD et de méthadone. L'estimation, en 2002, est la même que celle de 2001, soit plus de 90 000 personnes / mois sous traitement de substitution dont probablement plus de 20 000 pour lesquelles la prescription a été réalisée par une structure spécialisée.

b) Caractéristiques des patients

Les usagers de drogues illicites pris en charge sont beaucoup plus souvent de sexe masculin. Les hommes représentent près de 78 % de l'ensemble des recours dans les centres spécialisés en 2001, proportion sensiblement identique dans la plupart des enquêtes. On peut noter cependant que dans l'enquête « bas seuil » 2002, la proportion d'hommes atteint 81 %.

Depuis quelques années la population qui fréquente les CSST a tendance à être de plus en plus masculine, le sexe ratio passant progressivement de trois hommes pour une femme à quatre hommes pour une femme.

L'âge moyen des usagers pris en charge était proche de 31 ans dans l'enquête de novembre 1999, une tendance au vieillissement ayant été observée depuis la fin des années 1980. On retrouve ce résultat dans les différentes enquêtes mentionnées en introduction. Les usagers qui ont eu recours pour la première fois aux centres spécialisés en novembre 1999 étaient, comme on peut s'y attendre, plus jeunes (28,5 ans) que ceux qui étaient déjà entrés en contact avec ces institutions (près de 32 ans). La structure par âge des patients hommes et femmes est très semblable. Dans l'enquête OPPIDUM 2002, l'âge moyen atteint 32 ans.

Les données annuelles fournies par les CSST dans les rapports d'activité pour 2001 montrent une forte augmentation des plus de 40 ans, dont la part passe de 6 % à 13 % entre 1998 et 2001, ainsi qu'une augmentation de la part des mineurs, alors que décroît fortement la part des 25-29 ans (tableau 6).

Tableau 6 : Répartition de l'ensemble des patients pris en charge suivant les tranches d'âge 1998-2001 (en %)

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

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST, DGS/OFDT.

⁹ Ce chiffre comprend une proportion inconnue de double compte et probablement également un certain nombre de contacts uniques ne conduisant pas à un traitement. Ces chiffres ne peuvent donc être directement comparés avec le nombre de demande de traitement au sens du protocole européen.

c) Origine de la demande de prise en charge

Les rapports annuels d'activité des CSST, permettent d'identifier quelle est l'origine de la demande de prise en charge.

Si environ 43 % de l'ensemble des patients viennent consulter d'eux-mêmes, ils sont 18 % à avoir été adressés par des partenaires sanitaires et 13 % par la justice. 10 % des demandes de prises en charge ont pour origine les proches ou les partenaires sociaux.

Parmi les nouveaux patients, on constate une augmentation de la part du recrutement judiciaire entre 1998 et 2001, passant 13 % de l'ensemble des nouveaux patients adressés par la justice en 1998 à 18 % (tableau 7).

Tableau 7 : Origine de la demande nouveaux patients 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Demandes "spontanées" du patient	35,9	36,4	34,6	34,2
Adressés par les proches	13,8	12,4	11,8	12,9
Adressés par les partenaires extérieurs sanitaires	20,2	19,4	20,3	18,5
Adressés par les partenaires extérieurs sociaux	11,7	12,2	10,3	10,5
Adressés par le milieu scolaire et universitaire	1,4	1,3	1,3	1,3
Mesures judiciaires	13,4	14,1	16,8	17,8
<i>Dont injonction thérapeutique</i>	6,3	5,9	4,3	5,2
<i>Dont classement avec orientation</i>	1,4	3,0	5,0	6,1
<i>Dont autres mesure judiciaire</i>	5,3	5,0	6,4	6,1
Autres (employeurs...)	3,6	4,2	4,9	4,6
Total	100	100	100	100

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST, DGS/OFDI.

d) Produits à l'origine de la prise en charge

D'après les résultats de l'enquête de novembre 1999, les opiacés sont à l'origine (comme produit primaire) de trois prises en charge sur quatre. Les deux autres produits le plus souvent mentionnés sont le cannabis (14 % des prises en charge) et la cocaïne (5 %). La cocaïne apparaît cependant beaucoup plus souvent comme deuxième produit à l'origine de la prise en charge (15 %), dans la plupart des cas pour des usagers ayant mentionné en premier un problème avec les opiacés.

Dans les chiffres annuels issus des rapports d'activité des CSST, la part des opiacés est moins élevée, alors que celle du cannabis est nettement supérieure¹⁰. Sur la période 1998 à 2000, la part de l'héroïne et des opiacés est en diminution au profit du cannabis.

En 2001, la part des opiacés et du cannabis est restée à peu près stable, la part de la cocaïne continuant d'augmenter bien qu'à un rythme modéré (tableau 8).

Il est possible de distinguer parmi les patients deux groupes caractérisés par un âge différent :

- **les personnes dont la prise en charge est tout d'abord liée à la consommation d'opiacés**, dont l'âge moyen se situe au-delà de 31 ans et augmente d'année en année ;
- **les personnes dont la prise en charge est principalement liée au cannabis** dont l'âge se situe autour de 25 ans pour les recours. On trouve dans ce groupe un grand nombre de jeunes de moins de 25 ans et un nombre beaucoup plus faible de personnes plus âgées (au-delà de 30 ans).

¹⁰ La discussion sur les écarts entre ces deux enquêtes a été largement exposée dans le rapport précédent.

**Tableau 8 : Produits à l'origine de la prise en charge dans les CSST
(en % du nombre de patients pris en charge)**

	1998	1999	2000	2001
Héroïne	55,3	49,4	48,8	51,0
BHD et méthadone (hors prescription)	9,1	12,0	10,2	8,7
Codéine	4,0	3,5	3,1	2,3
Total opiacés	68,5	64,8	62,0	62,0
Cocaïne et crack	5,6	6,1	6,1	7,3
<i>dont crack</i>	<i>1,4</i>	<i>1,1</i>	<i>1,5</i>	<i>2,3</i>
LSD	0,7	0,6	0,7	0,9
Cannabis	17,5	21,5	24,0	23,2
Amphétamines	1,9	1,5	2,1	2,3
<i>dont ecstasy</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>	<i>1,0</i>	<i>1,4</i>
Solvants	0,2	0,2	0,4	0,1
Médicaments psychotropes (hors opiacés)	5,7	5,3	4,7	4,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : ces données ont été constituées à partir d'un échantillon de CSST ayant fourni des taux de réponses proches de 100 % à la question sur les produits à l'origine de la prise en charge.

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST, DGS/OFDT.

e) Produits consommés récemment

Les enquêtes sur les personnes vues dans les structures de soins portent également sur les produits consommés dans la période récente (mois ou semaine). Ces produits ne coïncident pas toujours avec ceux à l'origine de la prise en charge. Dans le cas d'un usager sous traitement de substitution, l'héroïne peut être à l'origine de la prise en charge alors qu'elle n'est plus consommée depuis un certain temps. C'est pourquoi, l'héroïne, majoritaire dans les produits à l'origine de la prise en charge, n'est actuellement consommée que par une minorité d'usagers ayant recours aux structures de soins : 13 % en octobre 2002, selon l'enquête OPPIDUM, tendance à la baisse déjà mentionnée dans les rapports précédents (tableau 9). La consommation récente de cocaïne, en stabilisation, est mentionnée dans 9 % des cas en 2002 (tableau 9).

Chez les usagers fréquentant les structures de « bas seuil », les niveaux de consommation au cours des 30 derniers jours sont plus élevés (32 % pour l'héroïne, 42 % pour la cocaïne, 77 % pour le cannabis). Les usagers qui fréquentent ce type de structure sont en effet en moyenne plus actifs dans la consommation de substances que ceux qui sont pris en charge dans les CSST.

Tableau 9 : Pourcentage de patients pris en charge ayant consommé des benzodiazépines, de l'héroïne et de cocaïne au cours de la semaine passée

	1998	1999	2000	2001	2002
Benzodiazépines	25,5	25	26,6	25	23
Héroïne	15,2	13	11,2	14,5	13
Cocaïne	12,9	12	8,2	8	9

Source : Oppidum/CEIP.

La consommation de BHD pose un problème spécifique de mesure puisqu'elle peut intervenir dans le cadre d'un traitement (prescription par un médecin, observance du traitement), hors traitement, ou bien être prise à la fois dans et hors traitement. Dans l'enquête OPPIDUM 2002, 44 % des patients consomment de la BHD, la quasi-totalité dans

le cadre d'un traitement médical (93 %), pourcentage identique dans l'enquête « bas seuil ». Les usagers au contact des structures de « bas seuil » se différencient par une proportion de patients ayant consommé de la BHD hors prescription beaucoup plus élevée : 18 % ne l'ont consommé que hors prescription et 34 % à la fois hors et sur prescription.

f) Modes de consommation

Parmi les usagers qui ont fréquenté les CSST au mois de novembre 1999, près de 15 % ont déclaré s'être injecté un produit au cours du mois précédent, proportion variable suivant les produits à l'origine de la prise en charge (18 % dans le cas de l'héroïne, 15 % pour la cocaïne). Au total 59 % des patients avaient déjà utilisé la voie intraveineuse dans leur vie.

La proportion d'injecteurs est beaucoup plus élevée chez les personnes qui déclarent avoir consommé une substance au cours des 30 derniers jours. Dans l'enquête OPPIDUM d'octobre 2002, l'injection intraveineuse apparaît chez 31 % des consommateurs actuels d'héroïne, 32 % des consommateurs de cocaïne. Dans l'enquête « bas seuil 2002 », la proportion d'injecteurs (au cours des 30 derniers jours) est beaucoup plus élevée : elle se retrouve chez 61 % des consommateurs d'héroïne, 48 % des consommateurs de Subutex® et 55 % des consommateurs de cocaïne.

Entre 1997 et 1999, d'après les enquêtes des mois de novembre (Tellier, 2001) une tendance à la diminution des pratiques d'injection a été perceptible : le pourcentage de personnes ayant pratiqué l'injection dans les 30 derniers jours passant de 18 à 15 %. Les données de l'enquête OPPIDUM confirment cette tendance entre 1999 et 2002. Chez les consommateurs d'héroïne, la proportion d'injecteurs passe de 39 à 31 % entre ces deux dates, et pour la consommation de cocaïne, de 50 à 32 %.

3.2 Mortalité liée à l'usage de drogues

a) Mortalité directe

Les données les plus couramment utilisées en France proviennent de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS). Elles correspondent aux décès par surdoses portées à la connaissance des services de police ou des unités de gendarmerie nationale. D'après l'OCRTIS, il faut considérer une sous-estimation du nombre réel de surdoses mortelles de 10 à 20 % par rapport aux chiffres de l'OCRTIS (cité par Lepere, B. et al. (Lepere et al. 2001)).

En 2002, 97 décès par surdoses ont été portés à la connaissance des services de police, soit 9 % de moins que l'an passé (tableau 10 ; on pourra se reporter également aux tableaux épidémiologique n°5 et n°6). Le nombre de surdoses poursuit sa décroissance entamée en 1995. Notons qu'en 2002, la baisse a été particulièrement forte à Paris (de 27 décès en 2001 à 13 en 2002). Le développement des traitements de substitution et la baisse du nombre de consommateurs d'héroïne sont probablement les principaux facteurs à l'origine de cette diminution des surdoses.

En effet, la baisse des décès est particulièrement importante pour ceux liés à l'**héroïne** : - 26 % en moyenne chaque année depuis 1995. Alors qu'elles étaient jusque là majoritaires, pour la première fois en 2002, seul 37 % des surdoses enregistrées sont liées à l'héroïne (tableau 10).

Les produits qui occupent une place de plus en plus importante au sein des surdoses sont les **médicaments** (28 % des surdoses de 2002 avec 27 décès), parmi lesquels figurent 5 décès par Subutex® et 4 par méthadone. Dans 11 cas de décès ayant impliqué des médicaments, le produit exact n'a pu être identifié.

Tableau 10 : Evolution des surdoses selon les produits en cause, 2000-2002

	2000	2001		2002		évolution 2001- 2002 (%)
		Nombre	Réparti tion (%)	Nombre	Réparti tion (%)	
Héroïne	71	62	57,9	36	37,1	-41,9
<i>dont seule</i>	53	46		30		
Cocaïne	11	10	9,3	12	12,4	20,0
<i>dont seule</i>	6	8		10		
Ecstasy	1	8	7,5	2	2,1	-75,0
<i>dont seule</i>	1	5		1		
Médicaments	35	26	24,3	27	27,8	3,8
<i>dont Subutex® seul</i>	6	4		5		25,0
<i>dont méthadone seule</i>	5	4		4		0,0
Opium				2	2,1	
Autres	2			3	3,0	
Non renseignés		1	0,9	15	15,5	
Total	120	107	100	97	100	-9,3

Source : FNAILS, OCRTIS.

La **cocaïne** est de plus en plus souvent impliquée dans les décès par surdoses : 12 décès en 2002, soit 12,4 % de l'ensemble des surdoses enregistrées, une proportion record.

Les décès rattachés à la consommation d'**ecstasy** sont rares (2 décès en 2002). Excepté en 2001 où 8 décès avaient été enregistrés, les cas sont anecdotiques.

Enfin, il existe 15 cas de décès pour lesquels le produit reste indéterminé. Pour la première fois, les informations en provenance de certains instituts médico-légaux n'ont pu être recueillies pour identifier les substances en cause.

Le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire (avec autopsie et analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires participants mais la couverture géographique n'est pas encore complète). DRAMES permet donc entre autres d'identifier les décès non déclarés à l'OCRTIS ou l'INSERM (ou non liés à la drogue d'une façon évidente).

La comparaison des données OCRTIS et DRAMES sur l'année 2000 a déterminé qu'il existait seulement 37 doublons identifiés dans les 2 bases. DRAMES a donc recensé 117 cas liés à l'usage de drogues et non comptabilisés par l'OCRTIS. Ceci laisse à penser que le nombre de décès par surdose de produits stupéfiants s'élevait au moins à 237 en 2000.

DRAMES recense sur l'année 2002 (résultats encore provisoires) 130 décès. Parmi ces décès, 57 % sont liés à de substances illicites, en majorité des opiacés ; 40 % sont liés à des produits de substitution (Subutex® ou méthadone).

b) Etude de cohorte sur la mortalité des usagers interpellés

Une enquête de cohorte sur la **mortalité des usagers interpellés** est actuellement en cours à l'OFDT. Une partie du fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS) détenu par l'OCRTIS¹¹ a été recoupée avec le registre national des personnes physiques (RNIPP) pour déterminer à une date donnée le statut vital des

¹¹ Toutes les personnes nées en France et interpellées en 1992, 1993, 1996 et 1997 pour usage simple et usage-revente de cocaïne, crack, héroïne ou ecstasy ; et une partie des personnes nées en France et interpellées en 1992, 1993, 1996 et 1997 pour usage simple et usage-revente de cannabis.

personnes composant la cohorte et avec le registre national de mortalité pour connaître les causes de décès¹². L'échantillon initial contient plus de 42 000 enregistrements.

Le taux brut de mortalité de l'ensemble des personnes interpellées est de 5,3 pour mille personnes années (PA) : il est de 5,4 pour les hommes (ou 0,55 %) et 4,3 pour les femmes (ou 0,44 %).

Les hommes qui ont été interpellés ont un **ratio standardisé de mortalité (RSM) ou risque 4 fois plus élevé** de décéder que les autres hommes français du même âge ; ce risque est **8 fois plus élevé pour les femmes** (tableau 11).

Si l'on considère uniquement **les usagers interpellés pour usage ou usage-revente d'héroïne**, le RSM est de 5,3 pour les hommes et de 9,6 pour les femmes (tableau 11). Warner-Smith *et al.* (2001) démontrent dans leur article que toutes causes de mortalité confondues, les usagers de drogues illicites ont approximativement 13 fois plus de risques de décéder que leur pairs, les risques de surmortalité trouvés dans l'enquête de l'OFDT sont donc inférieurs au reste des enquêtes menées auprès d'usagers de drogues.

Tableau 11 : Calcul de RSM, ensemble des interpellations, selon le produit à l'origine de l'interpellation

		Hommes			Femmes		
		RSM	[borne inférieure	borne supérieure]	RSM	[borne inférieure	borne supérieure]
ensemble		4,04***	3,81	4,28	8,03***	6,78	9,44
produit	cannabis	2,47***	2,20	2,76	3,67***	2,05	6,06
	cocaïne	4,55***	3,46	5,89	9,01***	4,49	16,13
	crack	4,31***	2,59	6,73	7,85**	1,58	22,95
	héroïne	5,31***	4,94	5,69	9,64***	7,97	11,57
	ecstasy	3,74***	2,46	5,44	2,10	0,03	11,71

1. année de référence : 1997 pour les taux brut de mortalité de la population générale française ; et en considérant les personnes âgées de 15 à 59 ans uniquement.

2. L'intervalle de confiance est calculé à 95 %.

3. *** = $p < 0.001$; ** = $p < 0.01$; * = $p < 0.05$.

Source : enquête sur la mortalité des usagers interpellés, OFDT.

Causes de décès

La cause du décès a pu être identifiée pour 794 décès, survenus entre 1992 et 1999. Les principales causes de décès correspondent à des cas de Sida (10%), des surdoses mortelles (15%), des accidents de la circulation (15%), des suicides (12%). La mortalité de la population d'étude est donc à la fois proche de celle observée pour des usagers de drogue (avec la prédominance des décès par sida ou par surdose) et proche de celle observée chez les jeunes adultes (avec la prédominance des cas d'accidents de la circulation ou de suicide). Notons également pour que 17,6% des décès, la cause n'a pas pu être identifiée (souvent car le résultat des analyses toxicologiques n'est pas parvenu à l'INSERM).

Pour comparer les caractéristiques des décès des usagers interpellés à celles des décès en population générale, le calcul des ratios standardisés de mortalité (RSM) s'impose, pour chaque cause de mortalité et pour les produits en cause dans les interpellations (tableau 12).

Les RSM confirment la surmortalité des usagers interpellés en matière de Sida et de pharmacodépendance (surdose), en particulier pour les usagers d'héroïne, de cocaïne, de crack ou d'ecstasy. Les cas de décès par intoxication accidentelle sont également plus fréquents chez ces usagers qu'en population générale. Les niveaux de surmortalité sont moindres pour les décès par suicide et par accident de la circulation, quel que soit le produit

¹² Le statut vital est connu au 31 juin 2002. Les causes de décès sont connues pour les décès intervenus avant l'année 2000.

en cause dans l'interpellation (tableau 12). Pour les femmes, les résultats sont à interpréter avec prudence de fait des faibles effectifs de femmes dans l'échantillon d'étude.

Tableau 12 : RSM par cause de décès et par produit

Usagers de cannabis	Hommes			Femmes		
	RSM	[borne inférieure	borne supérieure]	RSM	[borne inférieure	borne supérieure]
Toutes causes confondues	3,0***	2,6	3,5	5,9***	3,0	10,6
Sida avéré et infection par le VIH	12,4***	6,2	22,2	-	-	-
Pharmacodépendance (surdose)	6,8***	3,2	12,4	29,3	0,4	163,2
Accidents de la circulation	2,6***	1,9	3,5	5,5	0,6	19,8
Intoxication accidentelle	12,0**	2,4	35	-	-	-
Autres accidents et séquelles	6,5***	3,7	10,5	-	-	-
Suicides	2,6***	1,7	3,8	19,1***	6,1	44,5
Homicides	7,4**	2,4	17,3	-	-	-
Symptômes, signes et états morbides mal définis	5,3***	3,5	7,8	6,8	0,1	38,1
Usagers d'héroïne, cocaïne, crack ou ecstasy						
Toutes causes confondues	6,3***	5,8	6,9	12,8***	10,2	15,9
Sida avéré et infection par le VIH	23,8***	18,3	30,4	28,3***	9,1	66,1
Pharmacodépendance (surdose)	63,5***	51,3	77,7	528,0***	312,8	834,6
Accidents de la circulation	3,1***	2,4	4	5,2***	1,7	12,2
Intoxication accidentelle	28,6***	14,3	51,2	-	-	-
Autres accidents et séquelles	10,2***	7,2	14	22,2**	4,5	64,9
Suicides	3,6***	2,7	4,7	11,3***	5,6	20,2
Homicides	10,6***	5,1	19,6	-	-	-
Symptômes, signes et états morbides mal définis	11,7***	9,5	14,3	34,2***	20,6	53,4

1. année de référence : 1997 pour les taux brut de mortalité de la population générale française ; et en considérant les personnes âgées de 15 à 59 ans uniquement.

2. L'intervalle de confiance est calculé à 95 %.

3. *** = $p < 0.001$; ** = $p < 0.01$; * = $p < 0.05$.

Source : enquête sur la mortalité des usagers interpellés, OFDT.

c) Registre national des causes de décès

Le fichier national des causes de décès ne permet pas de fournir d'un indicateur fiable des surdoses *stricto sensu*, car certains décès dont la cause n'est pas immédiatement identifiée seront classés en « cause inconnue », même si, par la suite, l'examen médico-légal révèle qu'il s'agit de décès par surdoses. Par convention, l'INSERM code les décès liés aux drogues illicites (surdoses) essentiellement en pharmacodépendance

Les derniers chiffres disponibles datent de 1999, car l'INSERM effectue actuellement la réactualisation du fichier des causes de décès (passage de la CIM 9 à la CIM 10). Ces chiffres ayant été détaillés dans les rapports précédents, on ne rappellera ici que les grandes tendances.

Les cas de décès par pharmacodépendance sont en baisse depuis 1994. Cette diminution, d'abord régulière, s'est accélérée entre 1996 et 1997, pour atteindre un seuil relativement constant en 1998 et 1999 (respectivement 155 et 158 décès). Au moins la moitié de ces décès est liée à l'usage d'opiacés.

On pourra noter que les calculs réalisés par l'INSERM, selon la définition du « DRD standard » pour les registres de mortalité ont donné les résultats suivants pour l'année 1999 : 1 621 décès répartis entre 49 % d'hommes et 51 % de femmes ; 24 % de ces décès

ont touché des personnes âgées de 15 et 34 ans, 57 % de 35 et 64 ans (se reporter également au tableau épidémiologique n°5).

d) Décès par Sida

Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues était en baisse entre 1994 et 1998, les nouveaux traitements antiviraux et leur plus grande accessibilité expliquant pour une grande part cette évolution.

Depuis 1998 et jusqu'en 2001, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a pu constater une stabilisation du nombre de décès des usagers de drogues par voie injectable (UDVI). L'augmentation du nombre de décès par sida en 2002 n'est pas encore expliquée (tableau 13).

Tableau 13 : Décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), 1998-2002

	1998	1999	2000	2001*	2002*
UDVI	193	180	127	101	199
Ensemble des décès	735	667	582	470	716
Part UDVI (%)	26,3	27,0	21,8	21,5	27,8

* données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

3.3 Maladies infectieuses liées à l'usage

a) Prévalences VIH, VHB et VHC

Trois sources d'informations peuvent être utilisées pour estimer les prévalences VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues en France. Les données de l'enquête du mois de novembre 1999 (Tellier, 2001) à partir des patients fréquentant les CSST et le dispositif TREND (Bello et al. 2003) grâce à l'enquête menée auprès d'usagers de structures de « bas seuil » en 2002 constituent les deux premières. Pour ces deux sources, il s'agit de prévalences déclarées. Enfin, l'étude « Coquelicot », encore dans sa phase de faisabilité¹³ donne des résultats de prévalences basés sur des tests biologiques (Emmanuelli et al. 2003).

Dans les données issues de l'enquête du mois de novembre 1999, la prévalence déclarée du VIH s'établissait à un peu moins de 6 % chez les usagers non injecteurs et à 16 % chez les usagers injecteurs. Il faut noter que chez les premiers, le statut sérologique était connu dans 37 % des cas (3 400 personnes) contre 14 % (8 300 personnes) pour les seconds. Selon cette même enquête, la proportion de séropositifs pour le VHC était de 20 % chez les patients vus dans les établissements spécialisés et non injecteurs contre 63 % chez les injecteurs.

Dans l'enquête « bas seuil » 2002 du dispositif TREND, les taux de positivité parmi les personnes déclarant connaître le résultat de leurs sérologies (81 % des usagers enquêtés pour le VIH, 72 % pour le VHC et 63 % pour le VHB) montrent un taux global de 10 % pour le VIH (14 % en 2001), de 49 % pour le VHC (49 % en 2001) et de 14 % pour le VHB (18 % en 2001) (tableau 14) (Bello et al. 2003). Ainsi, parmi les injecteurs récents, le VIH toucherait

¹³ L'étude «Coquelicot » constitue la phase de faisabilité d'une étude sur la prévalence du VIH et du VHC et les déterminants des pratiques à risques chez les usagers de drogues (UD). L'étude s'est déroulée à Marseille auprès de 166 UD recrutés dans l'ensemble du dispositif spécialisé aux toxicomanes et chez les médecins de ville. A partir de 2003, l'étude sera étendue à six sites (Lille, Strasbourg, Paris, Ile de France, Bordeaux et Marseille).

encore au moins une personne sur huit (14 %) et l'hépatite C au moins six personnes sur dix (62 %).

Tableau 14 : Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB) selon les modes de consommation au sein des participants à l'enquête « bas seuil 2002 »

	Ensemble (%)	Injecteurs au cours du mois (%)	Sniffeurs au cours du mois (%)	Sniffeurs exclusifs ⁽¹⁾ (%)
Positivité VIH	10 %	14 %	10 %	3 %
Positivité VHC	49 %	62 %	48 %	12 %
Positivité VHB	14 %	17 %	13 %	6 %

(1) personnes ne s'étant jamais injectées et pratiquant le sniff

Sources : Données et exploitation : TREND/OFD.T.

L'étude « Coquelicot », réalisée auprès d'usagers de drogues à l'aide de tests biologiques (prélèvement sanguins au doigt avec recueil sur papier filtre) objective une prévalence du VHC de 73 % contre un taux de prévalence déclarée de 52 % et une prévalence de 20 % du VIH (Emmanuelli et al. 2003).

b) Nouveaux cas de Sida

En 2002 le nombre de nouveaux cas de Sida est relativement stable chez les usagers de drogues. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Entre 1997 et 2000, le mouvement de baisse s'est poursuivi bien qu'à un rythme plus faible.

Le nombre de cas de sida diagnostiqués chez les usagers de drogues par voie injectable, 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 1 femme).

Tableau 15 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001*	2002*
UDVI	347	300	241	249	240
Ensemble des nouveaux cas de Sida	1 918	1 790	1 674	1 370	1 934
Part UDVI (%)	18,1	16,6	14,4	14,9	12,4

* données redressées

Source : système de surveillance du Sida, InVS.

Selon l'InVS, « l'augmentation du nombre total de cas de sida estimés en 2002 est peut être en partie due au raccourcissement des délais de notification constatés à la fin de l'année 2002 ».

Cependant, en 2002, le nombre de cas chez les UDVI diminue. **La part des cas de sida liés à l'usage de drogues injectables diminue** (dans l'ensemble des cas de sida déclarés par année de diagnostic) : **36 % en 1991, 19 % en 1997 et 12 % en 2002.**

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

Tentatives de suicide, problèmes psychiatriques sont des traits importants de la morbidité des usagers de drogues les plus dépendants, aspects que nous ne sommes pas en mesure de mesurer de façon précise et suivie.

L'enquête menée dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures de « bas seuil » en 2002 fournit des indications sur l'état de santé ressentis de ces usagers

ainsi que certaines pathologies (Bello et al. 2003). **37 % déclarent s'être sentis en mauvais ou très mauvais état de santé physique au cours du mois écoulé** et les femmes plus que les hommes (43 % vs 36 %).

Un certain nombre de manifestations générales sont très fréquemment déclarées par les personnes enquêtées. Plus des deux tiers (67 %) des personnes déclarent avoir souffert de fatigue au cours du mois écoulé et 45 % de maux de tête. Près de la moitié (46 %) déclare avoir eu un manque d'appétit et 42 % une perte de poids.

Enfin, un **petit groupe (4 %) déclare avoir souffert d'au moins une surdose au cours du mois écoulé**. Cela signifie donc qu'une personne sur vingt, parmi celles contactées par cette enquête, s'est possiblement retrouvée dans une situation aiguë de détresse vitale. De plus, 2 % des personnes enquêtées déclarent **avoir souffert de « jaunisse »** au cours du mois écoulé, ce qui est un indicateur de survenue d'hépatites aiguës ou de poussées d'hépatites chroniques.

Le rôle des produits stupéfiants et plus particulièrement du cannabis, dans la survenue d'accident de la circulation a souvent été évoqué dans les médias français lors de l'adoption de la nouvelle loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. Il s'avère cependant, qu'à ce jour, *« aucune étude n'est parvenue à démontrer que la consommation de cannabis seule augmente le risque d'être responsable d'un accident corporel ou mortel grave »* (INSERM, 2001). L'étude épidémiologique portant sur la recherche de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, coordonnée par l'OFDT est toujours en cours. Les résultats attendus pour la fin de l'année 2004 apporteront vraisemblablement des éléments de réponse sur cette question.

Pour les co-morbidités psychiatriques, se reporter à la section 16.

4. Conséquences sociales et judiciaires

4.1 Problèmes sociaux

Il a déjà été indiqué précédemment (section 2.2) que quel que soit le produit considéré, 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 (Beck et al. 2002a).

a) Exclusion sociale

Personnes fréquentant les CSST ou les structures de « bas seuils »

En 2001, environ 30 % des usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées n'ont pas de logement stable : 23 % ont un logement précaire, 7 % se déclarent sans logement (DGS et OFDT, 2003) (tableau 16). Un tiers de ces usagers vivent des revenus de leur travail et environ la moitié (45 %) disposent d'un revenu issu de l'aide sociale.

Sur les indicateurs relatifs aux revenus et au logement on peut noter une tendance, même si elle est faible, à l'amélioration de la situation des usagers de drogues fréquentant les structures spécialisées. La proportion d'usagers disposant d'un revenu issu de leur travail a en effet augmenté entre 1998 et 2001. En ce qui concerne le logement, l'amélioration minimale constatée entre 1998 et 2000 ne se poursuit pas en 2001 (tableau 16). L'évolution favorable au cours des trois premières années est en grande partie liée à l'augmentation de la proportion de personnes logées de façon stable dans leur famille.

Les usagers fréquentant les structures de « bas seuil » en 2002 se caractérisent par une désinsertion sociale plus grande que ceux rencontrés dans les CSST. 14 % des hommes et

9 % des femmes de l'enquête « bas seuil » ont eu une activité rémunérée continue au cours des 6 derniers mois contre 1 personne sur 3 en moyenne dans les CSST (Bello et al. 2003). On constate également des disparités quant au mode de logement (31 % de personnes se déclarant vivant dans un squat, un hôtel ou être SDF dans les structures de « bas seuil », 9 % dans les CSST), et la proportion d'enfants à charge (17 % en bas seuil contre 30 % dans les CSST).

Tableau 16 : Logement des patients pris en charge en CSST

	1998	1999	2000	2001
Logement stable	68,2	68,6	70,9	69,3
dont indépendant	35,5	35,8	34,9	34,9
dont famille	23,9	23,9	25,1	26,6
Logement précaire	24,2	23,7	22,6	23,0
dont famille/entourage	11,0	10,4	8,9	9,1
dont foyers/hôtel/CHRS	9,2	9,3	8,6	8,9
Sans logement	7,6	7,5	6,2	7,2
Prison	-	0,3	0,3	0,4
Total	100	100	100	100

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST, DGS/OFDT

Certains sites du dispositif TREND ont observé, en 2002, l'émergence d'une nouvelle population d'usagers de drogues provenant de l'Europe de L'Est. Il s'agit généralement de personnes jeunes vivant dans des situations extrêmement précaires.

Personnes sans-abris

Les hommes en situation de grande pauvreté apparaissent, comme dans le reste de la population, bien plus concernés par les consommations répétées que les femmes. Les prévalences de consommation sont variables selon l'âge et la cause de l'errance.

Parmi les personnes démunies ou exclues, venues en 2002 dans l'un des 24 centres de l'organisation Médecins de Monde pour y recevoir des soins (24 682 patients au total, et en dehors des 17 programmes spécifiques menés auprès d'usagers de drogues), 10 % déclarent une dépendance à l'alcool, 4,1 % une dépendance au cannabis, et 3,4 % une dépendance aux médicaments (Médecins du Monde et al. 2003). Néanmoins, le faible taux de réponse à la question « avez-vous un problème d'abus répété ou d'addiction » laisse envisager que la prévalence de consommation abusive dans cette population est plus élevée.

Les personnes dépendantes au cannabis ou à d'autres produits psychoactifs sont majoritairement des hommes, de nationalité française, âgés de 20 à 29 ans, alors que les hommes dépendants à l'alcool sont généralement âgés de 30 à 39 ans (Médecins du Monde et al. 2003). Ils sont dans des situations plus précaires que les hommes qui fréquentent les mêmes centres mais n'ont pas de dépendance : ils sont plus souvent seuls, sans logement, sans travail et victimes de maltraitances.

b) Nuisances publiques

Dans l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) (Beck et al. 2003), si seulement 4,7 % des personnes déclarent être opposés à la proposition « la loi prévoit la création centres de soins pour les toxicomanes en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants », 21,5 % refuseraient qu'une telle création se fasse dans leur voisinage. On retrouve ici classiquement le syndrome NIMBY (« not in my backyard ») de divergence entre l'accord sur le principe et la mise en pratique à proximité de l'enquêté de programmes d'aides aux usagers de drogues.

A titre d'exemple, en avril 2003, les habitants d'un quartier de Paris, avec l'appui du conseil d'arrondissement, se sont opposés, en obtenant gain de cause, à l'installation d'un centre de soins pour personnes sans abri incluant également un programme d'échange de seringues (PES). Lors de l'implantation de PES, Benech le Roux (2001) constate effectivement que les conflits de voisinage qui peuvent naître ponctuellement entre les résidents et les promoteurs de services de réduction des risques relèvent, avant tout, du droit de l'espace urbain¹⁴. « *Les lieux d'accueil pour les usagers, boutiques mais aussi bus (et plus globalement les services de réduction des risques), signifient une nouvelle conception de la place légitime des toxicomanes dans la ville, ce qui n'était pas le cas auparavant lorsque les forces de police avaient pour mission de les déloger de la voie publique, en vertu du paradigme de l'abstinence* ».

Enfin, on rappellera ici qu'une des fonctions des équipes mobiles de proximité est l'amélioration de l'acceptabilité par les riverains des politiques de réduction des risques et des dommages grâce à un travail d'information et d'échanges (voir également section 8.2). Ces équipes jouent un rôle de médiateur entre les riverains, la mairie, les services de police, de justice et de santé.

4.2 Infractions directes et associées à la législation sur les stupéfiants

Les données pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et assez rapidement accessibles (n+1 ou 2 ans). En revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vision complète du traitement de ces infractions, en particulier pour ce qui concerne les alternatives aux poursuites. A cela s'ajoutent des limites propres à chacune des sources : différence d'unités de compte, de nomenclature...

a) Interpellations pour usage, usage-revente et trafic

En 2002, les services de police, gendarmerie et douanes ont constaté **96 740 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)**, soit 14 % de plus que l'année précédente mais 4 % de moins qu'en 2000. La forte baisse des interpellations enregistrée en 2001 a été ponctuelle ; elle serait due, sur fond d'alternance politique, à une baisse d'activité des forces de l'ordre suite à une certaine démobilisation de leur part et à l'absence de directives claires en matière de lutte contre la drogue.

Du fait de cette rupture de tendance, la variation des interpellations entre 2001 et 2002 doit être interprétée avec prudence. La hausse actuelle marque plutôt un rattrapage du niveau de l'année 2000 (se reporter au tableau épidémiologique n°11, graphique 2). « *Les objectifs forts donnés par le nouveau gouvernement et les objectifs ambitieux affichés par la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure de l'été 2002 semblent avoir rasséréiné les forces de l'ordre* » (Olin et Plasait, 2003).

L'**usage** de drogue reste le motif d'interpellation principal : **81 254 interpellations**, soit 84 % des interpellations pour ILS en 2002, proportion à peu près équivalente à celle enregistrée en 2001 et 2000, preuve que la baisse de l'activité en 2001 a touché toutes les catégories d'auteurs d'ILS.

Le **cannabis** est le produit le plus souvent en cause dans les interpellations pour usage et cette proportion est en hausse : 90,4 % des interpellations pour usage simple en 2002 (soit 73 449 interpellations, tableau 17), contre 85,7 % en 2000 (et 77,0 % en 1996).

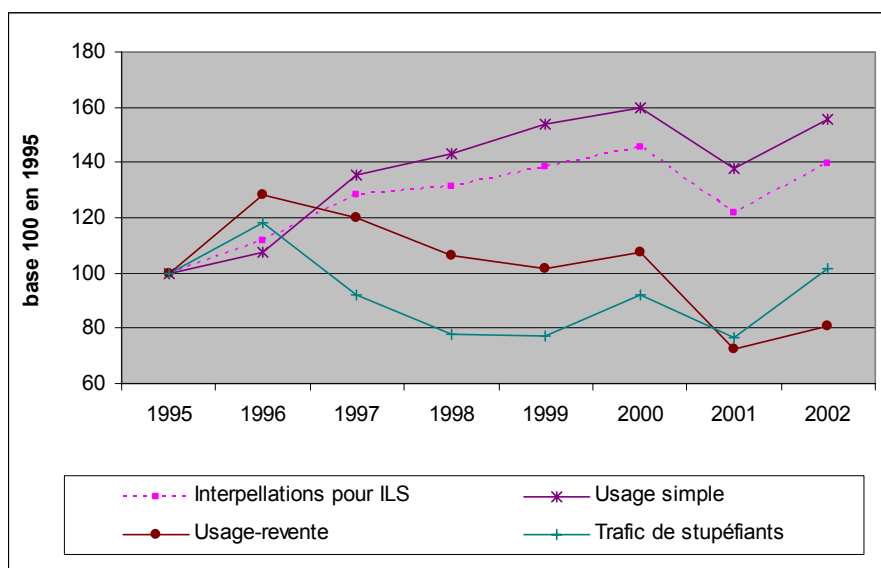
Cette hausse continue à se faire au détriment des interpellations pour usage d'**héroïne**, dont la part baisse de façon continue (4,2 % des interpellations en 2002 contre 18,6 % en 1996, accusant une baisse annuelle de 16 % en moyenne sur cette période).

¹⁴ L'espace urbain ou le milieu urbain est défini comme les lieux de la ville où l'on peut rencontrer et observer des usagers actifs de drogues.

Les interpellations pour usage de **cocaïne** arrivent en 3^{ème} position avec un peu plus de 1 500 interpellations en 2002. 854 interpellations sont enregistrées pour usage de **crack**. Le niveau de 2000 a été dépassé pour les interpellations pour usage de crack mais celles pour la cocaïne restent très en dessous du niveau de 2000 ou 1999 (- 20 % d'interpellations).

Les 198 interpellations pour usage de **médicaments** enregistrés en 2002 concernent pour moitié des médicaments à base d'opiacés ou couramment consommés par des héroïnomanes en substituts (essentiellement Méthadone ou Subutex® et plus rarement, Rohypnol® et Skenan®). Il s'agit de cas pour lesquels les usagers n'ont pu apporter la preuve d'une prescription de ces produits.

Graphique 2 : Evolution des interpellations, 1995-2002



Source : FNAILS, OCRTIS

Tableau 17 : Interpellations pour ILS en 2002 par produit

	Usage	% en colonne	Usage revente	% en colonne	Trafic	% en colonne
Cannabis	73 449	90,4	6 493	78,5	4 057	56,3
Héroïne	3 449	4,2	739	8,9	1 021	14,2
Cocaïne	1 576	1,9	323	3,9	1 296	18,0
Crack	854	1,1	150	1,8	301	4,2
Ecstasy	1 384	1,7	450	5,4	447	6,2
Médicaments	198	0,2	78	0,9	33	0,5
Autres	344	0,4	42	0,5	56	0,8
Total	81 254	100	8 275	100,0	7 211	100,0

Source : FNAILS, OCRTIS

On recense **8 275 interpellations pour usage-revente**, la part de ces interpellations dans l'ensemble des interpellations baisse par rapport à 2000 (9 % en 2001 et 2002 contre 11 % en 2000) au profit des usagers, et, nettement moins, des trafiquants. Les **interpellations pour trafic** se décomposent, en 2002 en : 1 027 interpellations pour trafic international (soit 1 % de l'ensemble des interpellations pour ILS) et 6 184 pour trafic local. Alors que les interpellations pour usage concernent majoritairement le cannabis, le poids de ce produit est moins marqué dans les interpellations pour usage-revente et pour trafic (tableau 17).

b) Condamnations

La statistique des condamnations extraite du *Casier judiciaire national* (CJN) rend compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Même si une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions, par convention, les condamnations sont présentées suivant l'infraction principale, c'est-à-dire la plus grave inscrite au casier judiciaire.

Sur la période 1998-2001, le nombre de poursuites judiciaires des usagers de stupéfiants a baissé par rapport aux autres types d'orientation pénale : si en 1998 un usager simple sur 10 faisait l'objet de poursuites devant le tribunal, le ratio est en 2001 de 1 sur 12 (Setbon et al. 2003).

21 448 condamnations pour ILS ont été prononcées en 2001, soit 6 % de moins qu'en 2000. Cette baisse serait attribuée à une certaine démobilisation de l'ensemble des acteurs judiciaires, comme pour la baisse des interpellations constatées en 2001. Il faudra attendre les chiffres des condamnations de 2002 pour savoir s'il s'agit d'une baisse conjoncturelle ou non. La diminution des condamnations a été particulièrement importante pour les faits de trafic (-18 %) et les faits d'usage (-9 %).

Près des ¾ des condamnations pour ILS en infraction principale se traduisent par une peine d'emprisonnement (tableau 18), la moitié d'entre elles bénéficiant d'un sursis total. Logiquement, plus l'infraction est grave, plus la peine d'emprisonnement a des chances d'être requise.

Bien que l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants ait nettement diminué, on constate que ce recours fait toujours partie de la pratique judiciaire (pour 1 077 cas d'usage l'emprisonnement ferme a été retenu).

Les autres peines prononcées sont essentiellement des peines d'amende (utilisées dans un tiers des condamnations pour usage illicite de stupéfiants), les peines de substitution ou les mesures éducatives (10,5 % de l'ensemble des condamnations pour ILS et 15 % dans l'ensemble des condamnations pour usage) (tableau 18).

Tableau 18 : Condamnations pour ILS suivant le mode d'exécution de la peine en 2001

	Ensemble des condamnations	Peine d'emprisonnement	Amende	Peine de substitution/ mesure éducative	Dispense de peine	
		dont ferme/sursis partiel				
Ensemble ILS %	21 448	15 645 73,0	7 418 15,8	3 396 10,5	2 262 0,7	
Détention, acquisition	8 204	6 213	2 840	1 095	868	28
Usage illicite de stupéfiants	5 993	3 135	1 077	1 858	901	99
Trafic (exportation - importation)	1 437	1 361	963	50	26	0
Commerce, transport	3 358	2 879	1 455	238	229	12
Offre et cession	2 332	1 967	1 050	130	231	4
Aide à l'usage par autrui	58	34	9	19	5	0
Autres ILS	66	56	24	6	2	2

Source : CJN, SDSSED - ministère de la Justice.

Pour plus de détails sur les mesures alternatives à l'incarcération, on pourra se reporter à la section 12.2.

c) Incarcérations

Plus de 10 000 personnes ont été incarcérées en France au cours de l'année 2002 pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (en infraction principale), soit 13 % de l'ensemble des entrants en prison en 2002.

Les deux tiers des personnes sont incarcérées pour trafic de stupéfiants. A ce stade de la procédure pénale, les personnes incarcérées pour usage représentent 5 % de l'ensemble des ILS, rappelons que dans ces cas d'autres infractions peuvent être en cause et l'usage n'est pas forcément l'infraction principale considérée comme étant la plus grave (tableau 19).

Tableau 19 : Incarcérations pour ILS en 2002

Types d'infractions	2002	Répartition (en %)	Evolution par rapport à 2001 (en %)
Trafic	6 442	63,5	38,6
Cession	694	6,9	52,5
Usage	513	4,9	-4,2
Autres ILS (hors usage)	4 868	24,7	25,2
ensemble des ILS	10 154	100	33,0
ensemble des infractions	80 353		24,4

Source : Fichier national des détenus (PMJ1 - ministère de la Justice)

Par rapport à 2001, l'augmentation du nombre d'incarcérations est particulièrement importante au regard des années précédentes : + 33 % entre 2001 et 2002 contre une moyenne annuelle de - 4 % jusqu'en 2000). Cette forte hausse fait suite à une baisse importante des incarcérations pour ILS en 2001, comme pour l'ensemble des données du processus pénal (interpellations et condamnations). Au sein des incarcérations pour ILS, la hausse a été particulièrement forte dans les cas de cession de stupéfiants, qui par ailleurs avaient aussi beaucoup baissé en 2001 (- 28 %).

d) Autres crimes liés à l'usage de drogues

Si une liaison existe entre drogues illicites et délinquance elle est difficile à démontrer. A l'heure actuelle, en France, les études ne permettent pas de déterminer une relation causale d'un sens ou de l'autre.

Par contre, les études évaluatives menées en France sur les traitements de substitution ont pour la plupart conclu à un impact positif des traitements sur les comportements violents ou délinquants quelles que soient les caractéristiques socioéconomiques des usagers (Barré, 1996 ; Calderon et al. 2001 ; Henrion, 1995).

Actuellement, les recherches tendent plutôt à montrer que l'abus de drogue et la délinquance chez les jeunes seraient favorisés par des facteurs de risque communs tels que le désengagement face aux institutions de socialisation, la fréquentation de pairs entretenant des valeurs marginales, des opportunités déviantes, etc (Brochu, 1997).

C'est ce qu'établit notamment Ballion, R. (1999) en analysant chez les lycéens, la relation entre les conduites délictueuses (violences physique et verbales, racket, vol, dégradations) et la consommation de produits psychotropes : les 14 % de lycéens qui ont consommé du cannabis 10 fois et plus se distinguent nettement, en ce qui concerne leur engagement dans des conduites délictueuses. Ce lien est confirmé par plusieurs autres études : Arenes, J. et al. (1998) ; Choquet, M. et Ledoux, S. (1998) ; Choquet, M. et al. (1998) ; Peretti, C. et Leselbaum, N. (1994).

4.3 Coût économique et social de la consommation de drogues

a) Etudes et estimations des coûts sanitaires, autres coûts sociaux

La dernière enquête disponible sur ce sujet a été publiée en 2000 mais l'analyse et les conclusions de cette étude reposent sur des chiffres de l'année 1995 (Kopp et Fenoglio, 2000). Les dépenses réalisées par la collectivité en matière de drogues illicites sont généralement décomposées en trois catégories : les dépenses de santé, les dépenses de prévention et les dépenses de répression. Nous nous attacherons ici à décrire sommairement les deux premières.

Du fait du manque de données, seuls les coûts liés à la prise en charge du Sida et les coûts entraînés par le Subutex® peuvent faire l'objet d'une évaluation en ce qui concerne les dépenses de santé imputables à la consommation de drogue. En partant de l'hypothèse de 40 000 personnes sous traitement de substitution par Subutex®, Kopp et Fenoglio estiment que le coût médical direct global serait de 91,5 millions d'€ environ, à raison d'un coût individuel annuel de 2 332,5 €. Le coût hospitalier (le coût des soins distribués dans le cadre de la médecine de ville ne peuvent être estimés) du traitement du VIH chez les consommateurs de drogues s'élèverait à 140,9 millions d'euros en 1995.

Le budget du ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, permet d'avoir une idée des dépenses imputables à la drogue. **Elles se sont élevées en 1995 à 106,15 millions d'euros (M €) pour la Direction Générale de la Santé.**

Dans le même ministère, sont également attribués des budgets pour les actions de prévention menées au niveau national et local à la Direction des affaires sociales (DAS), crédits inscrits au chapitre 47-15 (articles 50 et 60) pour un montant de 2,1 M €.

Toujours dans le cadre de la prévention, 3,3 M € ont été accordés à la Direction interministérielle à la ville (DIV).

Au sein des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), le coût moyen budgétaire total, correspondant aux équivalents temps plein des fonctionnaires qui se consacrent à la toxicomanie, s'élève à 2,5 M €.

Au total pour le ministère des affaires sociales, de la santé et de la Ville, ce sont donc 114,1 M € qui ont été consacrés au volet santé et prévention de la lutte contre la toxicomanie en 1995.

b) Estimations de la consommation totale/demande/dépenses

Selon les estimations réalisées par Kopp et Fenoglio (2000), le coût social des drogues illicites s'élèverait en France en 1995, hors coût de consommation¹⁵, à 2 035,2 millions d'euros (M €), soit une dépense par tête de 17 € et qui équivaut à 0,16 % du produit intérieur brut (PIB) de 1997. En retenant le chiffre de 58,7 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 1998, le coût moyen annuel supporté par citoyen français est de 34,6 €.

Le coût social des drogues se répartit entre (cités de la part la plus grande à la plus faible dans l'ensemble du coût total social des drogues illicites) : les pertes de revenus et de production (45,7 %), les dépenses des administrations publiques (36,3 %), les dépenses de santé (11,4 %), les pertes de prélèvements obligatoires et les autres coûts supportés par les agents privés (tableau 20).

¹⁵ Le fait de ne pas retenir les dépenses de consommation repose sur le fait que la méthodologie à laquelle les auteurs se réfère (le scénario contre-factuel) suppose qu'en l'absence de drogue, les consommateurs reporteraient leur consommation vers d'autres biens, consommation qui ne générerait pas les coûts engendrés par la consommation de drogues.

Tableau 20 : Dépenses imputables aux drogues illicites (1995)

Dépenses	Coût social (en millions €)
Dépenses de santé (Sida et Subutex®)	232,4
Dépenses des administrations publiques	740,15
Pertes de revenus et pertes de production	929,82
<i>dont pertes de revenus des agents privés</i>	270,56
<i>dont pertes de production sur le lieu du travail</i>	659,26
Pertes de prélèvements obligatoires	136,06
<i>dont causes médicales de décès (Sida et surdoses)</i>	15,28
<i>dont incarcérations pour cause ILS</i>	116,77
Autres coût supportés par les agents privés (amendes)	0,80
Total	2 035,2

Source : Kopp et Fenoglio (2000).

Si les pertes de productivité contribuent à 45,7 % du montant total du coût social des drogues illicites, la mise en œuvre de la loi en représente 29,3 % (du fait que les substances soient illégales), le coût des soins, 11,4 %, les coûts de prévention et de recherche, 7,1 %, et enfin les prélèvements obligatoires 6,5 %.

Dans une étude plus récente (Kopp et Fenoglio, 2002), sur les coûts et bénéfices des drogues, les mêmes auteurs estiment que l'utilité nette des drogues illicites est toujours négative¹⁶ : **la consommation de drogues engendrerait une diminution du bien-être collectif de l'ordre de 1 443,2 à 1 555 millions d'euros.**

5. Offre

D'après Alain Labrousse (2003), 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, (aux Etats-Unis dans le cas des drogues de synthèse, au Moyen-Orient ou à l'Afrique) 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 abordée en fonction des produits (flux d'entrée et de sortie sur le territoire français), en effet les pays de d'acquisition et de destination varient selon la substance considérée.

5.1 Disponibilité et approvisionnement

Grâce au système TREND, l'évolution des petits trafics (au niveau urbain et festifs techno) tout comme l'accessibilité et la disponibilité des produits, peuvent être appréhendés à partir des sites d'observations.

a) Tendances du trafic

A partir du second trimestre 2002, les observateurs du dispositif TREND rapportent une augmentation de l'activité policière sur les lieux de trafic et autour des structures d'accueil des toxicomanes. L'accentuation de la présence policière a eu des conséquences aussi bien au sein de l'espace urbain que de l'espace festif techno.

¹⁶ l'utilité des drogues illicites –le surplus du consommateur- est rapproché aux désutilités ou externalités négatives associées à ces mêmes drogues.

Dans l'espace urbain, un phénomène observé depuis quelques années s'est accentué : le déplacement du petit trafic vers des quartiers plus périphériques ou dans des lieux offrant une moindre visibilité comme l'espace privé (vente à domicile), les squats, voire le métro (Bello et al. 2003). Localement, le passage à l'euro a favorisé une augmentation des prix pratiqués par les dealers.

Les modifications du contexte légal (section 1.2) et de l'activité des forces de l'ordre ont eu un impact sur le petit trafic au sein de l'espace festif techno :

- Au sein des événements festifs technos de type « *free-party* », le petit trafic serait devenu moins important car du fait de la taille souvent réduite de ces événements, la clientèle potentielle ne permet plus d'assurer des volumes de ventes rentables. Il serait également plus discret dans la mesure où contrairement aux grands événements rassemblant des milliers de personnes, les petits ne garantissent plus l'anonymat.
- Les petits trafiquants se sont déplacés vers les festivals musicaux où l'anonymat est garanti par le grand nombre de personnes et les possibilités de vente plus intéressantes du fait d'un public plus nombreux et moins averti.
- L'écoulement de produits destinés à l'espace festif techno vers le milieu urbain.

b) Disponibilité et accès aux différentes drogues

Cannabis : ce produit est le plus facilement disponible et le plus accessible des substances illicites, comme en témoignent le nombre d'interpellations réalisées tout comme le nombre de saisies annuelles.

Héroïne : l'héroïne demeure peu disponible et / ou peu visible. Cette situation s'est accentuée avec la quasi-disparition des scènes ouvertes, d'une part, et la reconversion des petits trafiquants dans la vente de cocaïne, plus rentable, d'autre part. L'accessibilité est toujours considérée comme problématique. Toutefois, trois sites, l'Île-de-France, Lille et Lyon rapportent une augmentation de la disponibilité de ce produit : le trafic de rue y serait en augmentation.

Cocaïne / crack : la disponibilité de la cocaïne est en hausse ou stable dans l'espace urbain et dans l'espace festif techno.

Le crack est largement disponible dans les trois sites traditionnels connus, à savoir la Guyane, la Martinique et Paris intra-muros. Dans ces trois départements, les « scènes ouvertes » de deal et de consommation, installées au cours des années 1990 sont toujours très animées. La disponibilité de la cocaïne base sous l'appellation « base », « free-base » est, en revanche, beaucoup plus importante. Quel que soit le site TREND en métropole, cette forme, sans faire nécessairement l'objet d'un trafic (préparé par le consommateur lui-même), est signalée comme étant présente aussi bien dans l'espace festif techno que dans l'espace urbain.

Ecstasy : la disponibilité de l'ecstasy a été modifiée entre le premier et le second semestre 2002. Durant le premier semestre, la situation était plus ou moins similaire à celle de 2001, à savoir, une large disponibilité dans les « *free-party* » et les « *Teknivals* » et une disponibilité plus restreinte dans les clubs, les discothèques et les soirées privées. Durant le second semestre, la modification du contexte légal de l'organisation des raves, semble avoir entraîné trois évolutions majeures : une baisse de la disponibilité de l'ecstasy dans les événements festifs illégaux, une diffusion du produit à d'autres événements musicaux jusqu'alors peu concernés (courant « trance », « rock gothique ») ainsi qu'une disponibilité accrue en dehors du contexte festif.

5.2 Saisies

Le nombre de saisies opérées par l'ensemble des forces de police en 2002 (65 907) est en hausse de 23 % par rapport à 2001, tout comme les volumes saisis. La baisse de l'activité policière constatée en 2001 a également eu des répercussions sur le nombre de saisies opérées cette année-là, mais l'année 2002 semble annoncer un retour à la « normale » (tableau 21, se reporter également au tableau épidémiologique n°13).

Tableau 21 : Nombre et quantités saisies par principaux produits, 2000-2002

	2000		2001		2002	
	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾	Nb	Qté	Nb	Qté
Cannabis (kg)	51 013	53 579	45 985	62 121	56 617	57 115
Héroïne (kg)	2 821	444	2 641	351	2 633	476
Cocaïne / crack (kg)	2 274	1 333	2 042	2 102	2 714	3 658
Ecstasy (doses)	1 409	2 283 620	1 589	1 503 773	1 782	2 156 937
Amphétamines (kg)	137	447	111	57	149	152
	Nb		Nb		Nb	
Ensemble des produits	58 421		53 534		65 907	
Evolution base 100 en 1998	122,6		112,4		138,3	

(1) = nombre de saisies effectuées au cours de l'année ; (2) = quantités saisies au cours de l'année

Source : FNAILS, OCRTIS

Une fois de plus, le **cannabis** représente le produit le plus courant : 56 617 saisies environ, soit 86 % de l'ensemble des saisies de 2002 pour plus de 57 tonnes. Il s'agit principalement de résine de cannabis mais les saisies d'herbe sont en hausse depuis plusieurs années. Si la résine de cannabis provient (lorsque la provenance est identifiée) en grande majorité du Maroc, souvent via l'Espagne, l'herbe de cannabis provient en majorité de Belgique ou des Pays-Bas.

Les saisies d'**héroïne** sont en hausse en quantité (+36 %) mais pas en nombre de saisies où elles stagnent par rapport à 2001. La hausse globale des quantités est le résultat d'une saisie exceptionnelle portant sur 110 kg d'héroïne, soit ¼ de l'ensemble de l'héroïne saisie en 2002. Comme pour le cannabis, la grande majorité des saisies portent sur de petites quantités (moins de 5 g par prise).

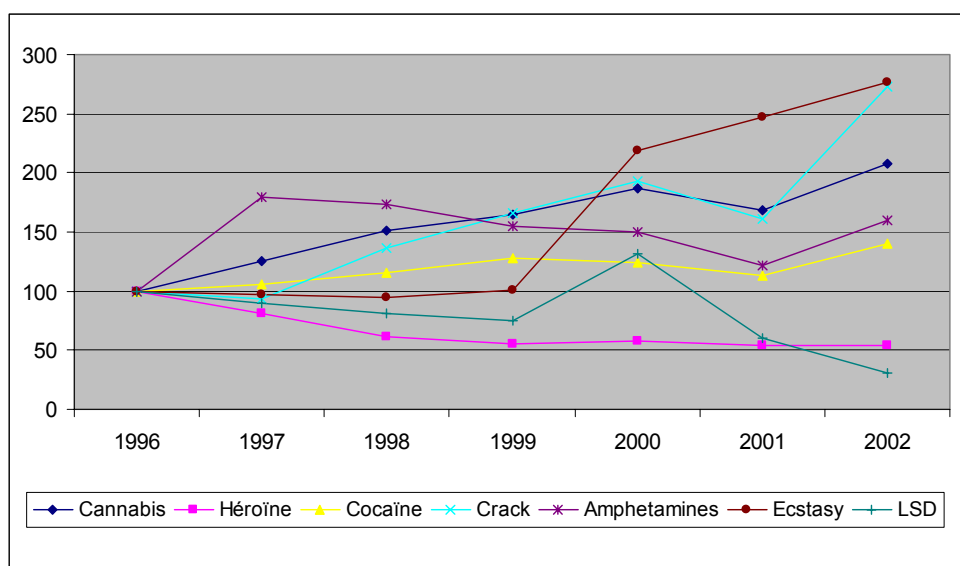
Les saisies de **cocaïne et crack** augmentent de façon spectaculaire, en nombre mais surtout en quantités saisies (graphique 3).

Pour la cocaïne, le trafic par voie maritime semble se développer, ainsi que celui par voie aérienne en ayant recours à des passeurs : 40 % des trafiquants internationaux de cocaïne ont été interpellés dans les aéroports parisiens. Les pays d'acquisition et de destination des quantités saisies sont plus diversifiés que pour les produits précédents. Le trafic de crack reste concentré dans les Départements d'Outre Mer (DOM), au plus près des sources d'approvisionnement : Martinique, Guyane et Guadeloupe réunissent la moitié des quantités saisies et 1/5 du nombre total de saisies de crack en 2002.

Enfin, comme pour les interpellations de trafiquants, les saisies d'**ecstasy** sont en hausse (graphique 3). Elles ont été particulièrement importantes en région parisienne et dans les départements du Nord (en 2001, les départements frontaliers avec l'Espagne avaient également fait l'objet d'importantes saisies). Comme en 2001, la plupart des doses saisies provenaient des Pays-Bas et dans une moindre mesure de Belgique. Une fois encore, la plupart des saisies portent sur des petites quantités (63 % des prises sont inférieures à 20 doses).

Les saisies d'**amphétamines** sont plus rares (149 saisies pour 152 kg) (graphique 3). Elles proviennent à peu près des mêmes pays que l'ecstasy.

Graphique 3 : Evolution du nombre de saisies (base 100 en 1996)



Source : FNAILS, OCRTIS

5.3 Prix, pureté

Les informations suivantes proviennent des systèmes d'observations TREND (Bello et al. 2003) et SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) (Giraudon, I. et Bello, P.-Y., 2003).

Cannabis : Près de 2 tiers des échantillons d'herbe de cannabis analysés par le laboratoire de police scientifique (LPS) de Lyon contiennent moins de 5 % de tétrahydrocannabinol (THC), cette part étant en augmentation depuis l'année 2000 (LPS, 2003).

La part la plus importante des échantillons de résine de cannabis (42 %), analysés par le même laboratoire, contient entre 5 à 10 % de THC, cette part est en diminution depuis trois ans, au profit des échantillons contenant 10 à 15 % de THC (28 % de l'ensemble des échantillons en 2002 contre 13 % en 2000).

La moyenne du prix en euros du gramme de résine de cannabis est de 7 euros en 2002. Le prix de l'herbe de cannabis, en baisse par rapport aux années 2000 et 2001 est d'un peu moins de 5 euros le gramme (LPS Lyon, 2002).

Héroïne : Le prix médian en France métropolitaine du gramme d'héroïne semble diminuer, mais il existe de fortes disparités locales, tant dans les prix que dans l'évolution observée au cours des trois dernières années (tableau 22).

Globalement, entre 2001 et 2002, on constate une hausse (de 67 % à 73 %) de la proportion des échantillons les plus faiblement dosés (entre 0 et 20 %). Cette évolution est perceptible tant sur les données provenant des laboratoires des douanes que sur celles provenant des laboratoires de la police. Entre 2000 et 2002, la part des échantillons dosés à plus de 50 % est passée de 11 % à 5 %. Les échantillons d'héroïne sont toujours essentiellement coupés avec de la caféine (92 % des échantillons de la police) et du paracétamol (84 % des échantillons de la police). La teneur en caféine est généralement conséquente, puisque 79 % des échantillons en contenant ont un taux entre 20 et 50 %. De même, 80 % des échantillons contenant du paracétamol ont un taux entre 30 et 60 %.

Cocaïne / crack : Le prix moyen du gramme de cocaïne dans les sites TREND de métropole varie de 52 à 91 €, la médiane métropolitaine est de 69 € pour un gramme montrant une légère augmentation de 9 % par rapport à 2001. L'évolution 2001/2002 des prix moyens relevés est diverse selon les sites : six des neuf sites métropolitains rapportent une augmentation et deux une diminution. Dans l'espace festif techno le prix moyen courant d'un

gramme de cocaïne de toutes variétés, végétale et synthétique, confondues est de 70 €. En 2002, les prix observés vont de 60 à 84 € montrant un resserrement de la fourchette par rapport à l'année précédente, (53 à 91 €).

Les résultats des analyses toxicologiques des échantillons de cocaïne saisis par les services des douanes et de la police montrent globalement une stabilité du taux de pureté. Six échantillons sur dix ont un taux entre 60 et 100 %, un tiers entre 20 et 60 % et un sur 20 entre 0 et 20 %. Les produits de coupe actifs les plus fréquemment retrouvés en 2002 dans les échantillons de cocaïne sont la lidocaïne (douanes : 19 %, police : 24 %), la phénacétine (douanes : 18 %, police : 11 %), la caféine (douanes : 7 %, police : 16 %), et la procaine (douanes : 2 %, police : 4 %).

Tableau 22 : Prix moyen, en euro, du gramme des deux formes d'héroïne sur certains sites TREND (espace urbain) en 2000, 2001 et 2002

SITES	Héroïne blanche (chlorydrate)				Héroïne brune (base)			
	2000	2001	2002	Évolution 2001-02	2000	2001	2002	Évolution 2001-02
Bordeaux	229	107	110	+ 3%	46	65	70	+ 7%
Lille	-	-	-	-	43	46	40	- 13 %
Marseille	117	107	110	+ 3%	84	61	-	-
Metz	-	84	-	-	46	50	40	- 20 %
Paris	84	-	125	-	57	18	30	+ 67%
Rennes	91	84	80	- 5 %	91	69	60	- 13 %
SSD ⁽¹⁾	102	76	72	- 5 %	61	-	50	-
Toulouse	72	91	75	- 18 %	72	69	60	- 13 %
Médiane								
Métropole	97	95	80		59	63	53	

(1) Seine Saint Denis

Source : Données et exploitation : TREND/OFDT

Ecstasy : Le prix moyen des comprimés d'ecstasy collectés par le dispositif SINTES était descendu sous la barre des 10 € l'unité au cours du printemps 2002 (9,9 €). Au cours du second semestre, il se situait en revanche à 11,3 € (n = 300 comprimés). Les prix « ronds » restent la règle puisque presque la moitié des comprimés sont vendus 10 € et un tiers est vendu 15 €.

Pour les gélules, le prix moyen se situe à 12,2 € au cours du second trimestre 2002, sur la même période, les échantillons de poudre vendus comme MDMA le sont au prix moyen de 41 €.

Parmi les 1993 échantillons recueillis en 2002 dans le cadre du dispositif SINTES, huit comprimés recueillis sur 10 sont des ecstasy. On trouve en 2002 deux fois plus souvent de la MDMA dans les gélules (27 % des gélules en 2001 contre 59 % en 2002) et deux fois plus souvent de l'amphétamine dans la poudre (17 % en 2001 contre 30 % en 2002) (tableau 23). Par rapport à l'année 2001, la part des produits contenant au moins un amphétaminique (MDMA, MDEA, MDA et amphétamine confondues) a augmenté.

La diminution progressive du dosage moyen des comprimés d'ecstasy observée depuis la mise en place de SINTES se confirme en 2002 : 56 mg de MDMA (25 % du comprimé) en moyenne en 2002, contre 63 mg (27 %) en 2001 et 74 mg (29 %) en 2000. Au cours de la seconde moitié de l'année, des échantillons dosés à plus de 100 mg ont été identifiés amenant à la diffusion de notes d'information rapides.

Tableau 23 : Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002

	Comprimé	Gélule	Poudre	Liquide	Buvard	Total
	%	%	%	%	%	
MDMA	82	59	28	1/36	7/25	70
MDEA	4	1	3	0	0	3
MDA	3	0	<1	0	0	2
Amphétamine	7	8	30	0	1/25	10
Au moins un amphétaminique*	88	73	57	1/36	8/25	78
Cocaïne	<1	3	3	0	4/25	1
Caféine	7	11	34	0	7/25	12
Anesthésiques**	0	<1	10	9/36	1/25	2
Hallucinogènes***	0	0	0	1/36	9/25	<1
Substance médicamenteuse	6	41	22	5/36	10/25	11
Absence de substance psycho active	5	10	14	12/36	3/25	8
Nombre total d'échantillons	1452	132	280	36	25	1925

* : MDMA, MDEA, MDA, amphétamine ; ** : kétamine, Lidocaïne®, Gamma-OH ; *** : LSD, Psilocybine

Lecture : parmi les 1452 comprimés recueillis en 2002, 82% contenaient de la MDMA. Un échantillon pouvant contenir plusieurs produits (par exemple MDMA + caféine), les totaux en colonnes sont supérieurs à 100.

Données et exploitation : SINTES/OFDT

6. Tendances par produits

Cannabis

Consommation

En 2002, le cannabis est toujours la substance illicite la plus consommée en France.

Selon Beck, F. et Legleye, S. (2003b), le nombre d'expérimentateurs de cannabis au sein de la population française des 18-75 ans atteindrait, en 2002, 9,5 millions de personnes et le nombre de consommateurs quotidiens serait estimé à 350 000 personnes (18-75 ans).

Parmi les 18-75 ans, la prévalence d'expérimentation est de 23 % au cours de la vie, en augmentation par rapport à 1999 ; l'usage au moins une fois au cours des 12 derniers mois suit la même tendance passant de 6 % à 7,5 % (Beck et Legleye, 2003b).

En 1999, à 17 ans, 47,3 % des garçons et 38,1 % des filles déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (Beck et al. 2003a). La tendance à la hausse observée tout au long des années 1990 se poursuit depuis l'entrée dans les années 2000. Les premiers chiffres disponibles d'ESCAPAD 2002, confirment cette évolution : l'expérimentation au cours de la vie concerne 54,6 % des garçons et 45,7 % des filles âgés de 17 ans. L'usage répété et l'usage régulier ont connu des augmentations similaires, voire plus rapide : l'usage régulier de cannabis est passé entre 2000 et 2002 de 5,2 à 6,8 % ($p < 0,01$) chez les filles âgées de 17 ans et de 14,6 à 17,7 % ($p < 0,001$) pour les garçons du même âge (Beck et Legleye, 2003a).

Conséquences sanitaires et sociales

L'augmentation de la demande de traitement liés aux usages de cannabis est traitée dans la partie 15 du même rapport.

Deux cas de décès ont été mentionnés par l'OCRTIS en 2002 où le cannabis intervenait en association avec d'autres produits, l'un en association avec des médicaments, l'autre en association avec des amphétamines.

Conséquences judiciaires

Au cours de l'année 2002, 73 449 interpellations pour usage de cannabis ont eu lieu (en augmentation par rapport à 2001 mais le nombre se rapproche de celui de l'année 2000) impliquant au total 69 976 personnes. Parmi les interpellations pour usage de cannabis, celles de résine de cannabis sont les plus nombreuses (91 %).

Les usagers interpellés sont majoritairement français, de sexe masculin, âgés en moyenne de 22 ans (mais plus de 14 % de l'ensemble des interpellations concernent des mineurs). Les étudiants et lycéens représentent 30 % des usagers de cannabis interpellés, catégorie socioprofessionnelle la plus représentée, suivie de celle des ouvriers (23 %) et des personnes sans profession déclarée (20 %).

Parmi les 69 976 personnes impliquées dans les interpellations, 93,6 % n'ont commis qu'une infraction dans l'année, 5,7 % ont été interpellés deux fois ou plus pour usage de cannabis, les 0,7 % personnes restantes (soit 467 personnes) ont été interpellées pour un ou plusieurs usages de cannabis et d'autres produits dans l'année (majoritairement de l'héroïne).

Offre et trafic

La résine de cannabis est la substance principale des trafics intervenant en France tandis que l'herbe et l'huile de cannabis restent encore accessoires.

En 2002, la part des saisies de résine effectuées en France et destinée à des pays européens dépasse 70 %. Les principaux pays des destination sont par ordre d'importance : la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Italie, l'Irlande, l'Allemagne et la Belgique. Le pays d'acquisition de la résine est l'Espagne principalement.

Pour ce qui est de l'herbe de cannabis, les pays européens constituent une source d'approvisionnement majeur pour le marché français.

Héroïne et autres opiacés

Consommation

Le niveau d'expérimentation de l'héroïne en population générale en 2002 reste faible : 0,7 % au cours de la vie chez les 18-75 ans (Beck et Legleye, 2003b), 1 % chez les 17-19 ans (Beck et Legleye, 2003c), le nombre estimé d'expérimentateurs parmi les 18-75 ans en 2002 est de 300 000 personnes. Les prévalences d'usage au cours du mois écoulé sont encore plus faibles.

Parmi les personnes fréquentant des structures de « bas seuil », 71 % déclarent avoir consommée au moins 10 fois de l'héroïne au cours de leur vie et 31 % au cours du mois écoulé. Les usagers récents sont essentiellement des hommes âgés de moins de 35 ans, l'âge moyen du début de la consommation se situant à 20 ans (Bello et al. 2003).

Au sein de l'espace festif techno, 2 groupes d'usagers d'héroïne ont été identifiés :

- le groupe principal d'usagers d'héroïne est constitué, essentiellement, de nomades urbains, « *travellers* », marginalisés, qui se sont initiés à l'usage d'héroïne afin de réguler leurs consommations de produits stimulants et sont devenus, par la suite, dépendants de ce produit ;
- l'autre groupe est constitué des personnes qui font usage de l'héroïne de manière ponctuelle, sans devenir dépendantes pour autant, pour faire face à la phase difficile, dite de « descente », consécutive à la prise de stimulants et d'hallucinogènes.

En 2002, le recul de l'injection avec le développement du sniff et de l'inhalation dans les deux espaces (festif et urbain) se confirme. Chez les usagers d'héroïne des structures de « bas seuil », le taux d'injection au cours du mois écoulé est toujours élevé (61 %) mais moindre chez les usagers les plus récents (46 % chez les usagers depuis moins de cinq ans). Le sniff (52 % en 2002 contre 31 % en 2001) et l'inhalation (24 % en 2002 contre 15 % en 2001) semblent plus pratiqués (Bello et al. 2003).

Dans la continuité des tendances de l'année précédente, l'image du produit s'améliore. Dans l'espace urbain, l'héroïne apparaît comme un produit de choix comparé aux autres opiacés et particulièrement à la BHD dans un usage non substitutif. Dans l'espace festif techno, la perception de l'héroïne semble aussi s'améliorer du fait du développement de modes d'usage (sniff, inhalation) moins stigmatisés que l'injection et de la présence de produits tels que la kétamine, qui apparaissent comme beaucoup plus dangereux.

Conséquences sanitaires et sociales

Entre 1998 et 2001, la part de l'héroïne comme produit à l'origine de la prise en charge est passée de 55 % à 51 % (pourcentage du nombre de patients pris en charge) dans les CSST. Les personnes dont la prise en charge est liée à une consommation d'opiacés sont âgées en moyenne de 31 ans, moyenne qui augmente d'années en années.

De 1998 à 2002, selon le Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (SIAMOIS) de l'InVS, le nombre estimé de personnes de patients bénéficiant d'un traitement de substitution par BHD est passé de 59 238 à 80 173. Celui des personnes sous traitement de substitution par la méthadone de 6 749 à 15 532 (augmentation de 130 %). Il y aurait donc au total, en 2002, 95 705 personnes traitées soit par méthadone soit par BHD.

En 2002, on compte 36 décès dus à l'héroïne dont 6 en association avec d'autres produits (cannabis et cocaïne, cocaïne, Néocodion, Méthadone, Subutex®, Transxène et alcool). La baisse est particulièrement importante par rapport à 2001 : évolution du nombre de surdoses dues à l'héroïne de moins 46 %, et seulement 37 % de l'ensemble de surdoses en 2002. Ces surdoses sont principalement intervenues au domicile des usagers.

5 décès par Subutex® ont été recensés, dont un où ce produit était associé avec un barbiturique et de l'alcool. La méthadone est responsable de 4 autres décès. Au total 9 décès, représentant 9,3 % de l'ensemble des décès par surdose en 2002, ont pour l'origine des produits de substitution.

Conséquences judiciaires

3 449 interpellations pour usage ont été effectuées en 2002, soit 4,2 % de l'ensemble des interpellations pour usage, proportion en chute depuis 1996.

L'âge moyen des usagers interpellés est de 29 ans, le vieillissement se confirmant d'une année sur l'autre. Ces personnes sont majoritairement des hommes, de nationalité française, se déclarant sans profession ou ouvriers.

Les personnes interpellées pour usage-revente ou trafic d'héroïne sont généralement plus âgées que celle interpellées pour usage mais les autres caractéristiques sociodémographiques sont similaires.

Enfin, 116 personnes ont été interpellées pour usage, usage-revente ou trafic de Subutex® (respectivement 59, 39 et 18), principalement dans la ville de Paris. Des interpellations pour usage et trafic de méthadone ont également eu lieu (au total 35), ces dernières étant plus réparties sur le territoire français que les interpellations pour Subutex®.

Offre et trafic

L'héroïne demeure un produit peu disponible et peu accessible. Même si certains sites du dispositif TREND signalent une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans la rue, celle-ci demeure le plus souvent très sporadique. L'obtention de cette substance passe, la plupart du temps, par des intermédiaires ayant recours à la vente à domicile.

Les 476 kilos d'héroïne saisis cette année représentent le plus important volume saisi durant les cinq dernières années. L'approvisionnement du marché français est réalisé *via* les Pays-Bas et la Belgique et représente 40 % du total des volumes saisis en 2002.

La plupart des sites d'observation TREND notent tout de même une augmentation de la présence de Subutex® sur le marché parallèle, dans la continuité des années précédentes.

Le mésusage de méthadone, s'il existe, apparaît marginal. Si deux sites du dispositif TREND signalent le développement d'un usage de méthadone en dehors du protocole médical, les autres, c'est-à-dire la plupart, notent un respect des règles de prescription et la quasi inexistence d'un trafic de rue.

Cocaïne et crack

Consommation

La cocaïne est la substance illicite, hors cannabis, la plus expérimentée par la population des 18-75 ans, le nombre de consommateurs estimés parmi les 18-75 ans en 2002 est de 850 000 personnes (Beck et Legleye, 2003b). La prévalence d'expérimentation au cours de la vie atteint 2 % (18-75 ans) mais les usages au cours de l'année culminent à 0,9 % chez les 18-24 ans (Beck et Legleye, 2003b).

Parmi les jeunes de 18 ans, l'expérimentation au cours de la vie de ce produit est de 2,5 % pour les garçons et 1,3 % pour les filles ; l'âge moyen d'expérimentation se situant à 16 ans (Beck et al. 2002b).

La diffusion de l'usage de cocaïne en milieu festif et urbain, déjà signalée dans les rapports TREND des années précédentes poursuit sa progression en 2002. « *Elle touche des réseaux sociaux non connectés en eux* » (Bello et al. 2003) et des profils de consommateurs diversifiés : anciens usagers d'héroïne, personnes sous traitement de substitution, participants aux événements festifs techno ou autres, personnes parfois bien intégrées et d'autres parfois très marginalisées.

Parmi les usagers de structures de « bas seuil », 69 % ont consommé de la cocaïne au moins dix fois dans leur vie et 39 % du crack/free-base (Bello et al. 2003). Plus de la moitié des personnes (55 %) déclarent avoir utilisé de la cocaïne (42 % de la cocaïne) ou du crack (26 % du crack ou du free-base) au cours du mois écoulé. Il s'agit du produit stimulant le plus utilisé par ces personnes. Les usagers de cocaïne les plus récents (moins de cinq ans) s'injectent moins (36 %) et sniffent plus (59 %) que les consommateurs les plus anciens.

Au sein de l'espace festif techno, on ne dispose pas d'estimations chiffrées de prévalence, toutefois, il semble que la cocaïne soit aisément observée et souvent utilisée, mais probablement moins que l'ecstasy (Bello et al. 2003). Les modes d'administrations dominants restent sniffer et fumer.

Conséquences sanitaires et sociales

La cocaïne et le crack sont l'origine de prise en charge au sein des CSST plus nombreuses depuis 1998 : 5,6 % du nombre de patients pris en charge en 1998 contre 7,3 % en 2001.

12 cas de décès par overdose de cocaïne ont été enregistrés en 2002, dont 2 cas où la cocaïne était associée à du Subutex®. Les décès liés à cette substance représentent 12,4 % de l'ensemble des décès, proportion en augmentation par rapport aux années 2000 et 2001.

Conséquences judiciaires

2 430 interpellations pour usage de cocaïne ou crack ont été enregistrées en 2002. Paris est le département où les interpellations pour usage ont été les plus fréquentes.

L'âge moyen des usagers interpellés pour cocaïne est de 29 ans, il est de 33,5 ans pour ceux interpellés pour usage de crack (moyenne la plus élevée tous produits stupéfiants confondus). Si les usagers, usagers-revendeurs et trafiquants locaux sont majoritairement français, ce n'est pas le cas des personnes interpellées pour trafic international (87 % de personnes étrangères parmi les interpellations pour trafic de cocaïne et 55 % pour trafic de crack).

Offre et trafic

La disponibilité de la forme poudre continue d'augmenter dans l'espace urbain et dans l'espace festif techno. Celle de la forme « base » reste essentiellement centrée sur Paris et

les Antilles, le plus souvent sous la dénomination « crack ». Sur d'autres sites métropolitains, elle semble augmenter, souvent sous l'appellation « free-base ».

Le prix moyen du gramme de cocaïne est de 69 € dans l'espace urbain et de 70 € dans l'espace festif techno.

Selon l'OCRTIS (2003) « *plus que n'importe quel produit, le trafic de cocaïne a pris une dimension européenne. Au regard des saisies réalisées, 5 pays européens sont particulièrement impliqués dans la lutte contre le trafic (l'Espagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, le Portugal et la France), ces 5 pays représentant des points d'entrées privilégiés pour la cocaïne colombienne* ».

La France reste un pays de transit pour la cocaïne (seul le Portugal a pu être identifié comme pays de destination pour le crack cette année) : 44 % de la cocaïne saisie en 2002 était à destination des Pays-Bas, 18 % à destination de l'Italie et 10 % de la Grande-Bretagne. Les régions d'origine de la cocaïne sont principalement l'Amérique Centrale, l'Amérique du Sud et les Caraïbes.

Ecstasy

Consommation

En population générale, l'ecstasy serait plutôt consommée par de jeunes adultes (prévalence de 2,3 % parmi les 18-25 ans), mais la prévalence parmi les 18-75 ans d'expérimentation reste inférieure à 1 % (= 0,9 %) (Beck et Legleye, 2003b). Le nombre d'expérimentateurs en France métropolitaine parmi les 18-75 ans en 2002 a été estimé à 350 000, pour les consommateurs occasionnels, le chiffre atteint 150 000.

Chez les filles et garçons de 17 ans, la prévalence d'expérimentation au cours de l'année est respectivement de 1,4 % et 2,8 % en 2000. Ces prévalences sont en augmentation en 2002, 2,9 % pour les filles de 17 ans et 5,0 % chez les garçons du même âge (Beck et al. 2003a).

L'ecstasy demeure un produit très aisément observé au sein de l'espace festif techno tout en poursuivant son développement au sein d'autres espaces sociaux.

Un quart des personnes rencontrées au sein des structures de « bas seuil » déclare en avoir consommé au cours du mois écoulé. Il s'agit d'une consommation plus souvent masculine que féminine (le sexe ratio est de 3 hommes pour 1 femme) et de personnes jeunes (46 % ont moins de 25 ans et 90 % moins de 35 ans).

Les données d'observation du réseau des sites TREND sur les usagers d'ecstasy mettent en évidence, outre les personnes proches du milieu festif techno, des consommations chez :

- des personnes souffrant d'une certaine précarisation sociale, tels les jeunes de quartiers difficiles, des jeunes en errance, voir des « dealers » consommateurs ;
- des usagers d'autres drogues, polyconsommateurs ; des usagers injecteurs de cocaïne qui ne sont pas en traitement substitutif ; ancien usager sous substitution.

En 2002, si les comprimés d'ecstasy restent la forme la plus présente, une demande croissante de MDMA sous forme de poudre est observée par le réseau des sites (Bello et al. 2003). Cette dernière est vendue le plus souvent sous l'appellation chimique de l'ecstasy « MDMA ». Ces observations sont corroborées par le dispositif SINTES qui observe que des échantillons de poudre contenant de la MDMA ont été deux fois plus collectés en 2002 qu'en 2001 (51 vs 26) ainsi que près de cinq fois plus de gélules (74 vs 16).

Pour expliquer l'engouement de certains usagers pour la forme poudre, on peut émettre trois hypothèses : le peu de confiance que les usagers expérimentés accordent désormais à la forme comprimé, la plus grande facilité ressentie de gestion de la poudre par rapport au comprimé et l'adaptabilité de cette forme à des modalités de consommation actuellement en vogue.

Conséquences sanitaires et sociales

La part de l'ecstasy dans l'ensemble des prises en charge des usagers de drogues est extrêmement faible (1,4 %).

Deux décès rattachés à la consommation d'ecstasy ont été recensés en 2001, dans un décès seul ce produit est en cause, dans l'autre il est associé à du Subutex®, du Skenan® et de l'alcool. L'an passé, on comptait 8 décès liés à cette substance.

Conséquences judiciaires

En 2002, 1 384 usagers d'ecstasy ont été interpellés ce qui représente une baisse de 9 % par rapport à l'année précédente. L'âge moyen de ces personnes est de 23 ans et l'on compte parmi eux 3 % de mineurs.

Parmi les personnes interpellées pour usage d'ecstasy (au total 1 481 personnes impliquées dans les 1 384 interpellations), 8,8 % ont été interpellées 2 fois ou plus dans l'année pour ce produit et 8,8 % ont été interpellées pour un ou plusieurs usages d'ecstasy associé(s) à d'autres produits dans l'année (majoritairement, le cannabis est l'autre produit en cause).

Offre et trafic

Le prix du comprimé d'ecstasy a poursuivi sa baisse au début de l'année 2002, puis c'est stabilisé durant le second trimestre pour se situer généralement entre 10 et 15 €.

En France, plus de 2 millions de doses ont été saisies en 2002. « *En Europe, le trafic d'ecstasy se développe de façon inquiétante et significative : en 2002, près de 19 millions de comprimés ont été saisis dans les pays de l'Union Européenne (contre 17,7 millions en 2000 et 11,7 en 1999)* » (OCRTIS, 2003). Les comprimés saisis venaient principalement des Pays-Bas et étaient à destination de l'Espagne, la France, des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne.

Produits hallucinogènes

Selon Bello, P.-Y. et al. (2003), « *l'usage récent de LSD concerne une minorité d'usagers problématiques rencontrés au sein de l'espace urbain. Il s'agit essentiellement d'usages épisodiques, par voie orale. La disponibilité et l'accessibilité de ce produit au sein des deux espaces étudiés a subi une forte baisse en 2002, vraisemblablement en lien avec une diminution importante de l'offre* ».

La fréquence de l'usage de la kétamine ne semble pas avoir évolué entre 2001 et 2002, elle concerne une petite minorité de personnes présentant des profils sociaux très variés (Bello et al. 2003). Son usage extrême lors de temps festifs semble davantage stigmatisé en 2002 qu'en 2001 par les participants aux fêtes mais des consommations plus maîtrisées se développeraient. En 2002, sa disponibilité et son accessibilité semblent avoir diminué.

Les champignons hallucinogènes concernent une petite minorité des personnes observées par TREND (2003) mais apparaît dans les enquêtes en population générale parmi les produits illicites les plus fréquemment expérimentés (prévalence de 1,1 % chez les 18-75 ans et de 2,3 % chez les 18-25 ans, (Beck et Legleye, 2003b)). On n'observe pas d'évolution récente de la fréquence de leur consommation. Toutefois, il semble que leur utilisation touche des profils sociaux très variés (Bello et al. 2003). La voie essentielle d'utilisation est la voie orale. Si leur accessibilité et leur disponibilité semblent stables, elles sont d'évaluation difficile du fait des possibilités d'autoculture et de la fréquence des échanges non commerciaux (don, échange).

Le GHB n'est quasiment pas observé dans les espaces suivis par TREND (2003) « *il continue d'être un produit présent dans les médias, essentiellement du fait de son usage comme moyen de soumission chimique* ».

Polyconsommations

A 18 ans, une majorité de jeunes déclarent avoir expérimenté plusieurs substances psychoactives, dans la plupart des cas, cette polyexpérimentation concerne exclusivement le

tabac, l'alcool et le cannabis. La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne 8,3 % de filles et 22,9 % de garçons (qui déclarent avoir consommé au moins deux de ces produits au moins 10 fois par mois pour l'alcool et le cannabis, quotidiennement pour le tabac, au cours des 30 derniers jours) (Beck et al. 2002b). Le profil le plus commun de polyconsommation d'alcool, de tabac ou de cannabis est la consommation de tabac et de cannabis, chez les filles comme chez les garçons (tableau 24). Les polyconsommateurs, et en particulier ceux qui cumulent les usages des 3 produits, sont plus nombreux que les autres jeunes à déclarer des expérimentations de substances psychoactives illicites autres que le cannabis (Beck et al. 2002b).

Parmi les personnes âgées de 15 à 44 ans, la polyconsommation répétée concerne 14,7 % de la population et l'on retrouve les mêmes catégories d'association que chez les jeunes, avec une proportion sensiblement plus élevée de consommations régulières d'alcool et de tabac (tableau 24) (Beck et al. 2002a). Les polyconsommateurs de cannabis, sont les plus grands expérimentateurs de substances illicites.

Tableau 24 : Polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis selon le sexe et l'âge

	A 18 ans ⁽¹⁾		15-44 ans ⁽²⁾	
	filles (%)	Garçons (%)	ensemble (%)	% d'hommes
Alcool-tabac	2,0	5,6	8,7	69,9
Alcool-cannabis	0,1	0,6	0,4	76,0
Tabac-cannabis	5,1	11,5	3,9	63,0
Alcool-tabac-cannabis	1,3	5,2	1,7	83,9
Aucune	91,5	77,1	85,3	45,5

(1) deux produits consommés au cours des 30 derniers jours : au moins une cigarette par jour, au moins dix consommations d'alcool, au moins dix consommations de cannabis.

(2) polyconsommation répétée pour au moins deux des 3 produits : tabac (fumer quotidiennement), alcool (plus de 10 fois par mois), cannabis (au moins dix fois par an).

Sources : ESCAPAD 2001, OFDT ; Baromètre Santé, CFES, exploitation OFDT.

Dans le cadre du dispositif SINTES, les consommations associées¹⁷ qui pouvaient être prises en même temps que le produit collecté ont été étudiées pour les personnes qui sont soit des « consommateurs potentiels » soit « sous l'effet du produit ». Parmi ces consommateurs, 1 sur 8 n'a pas consommé d'autre produit que celui collecté (Giraudon et Bello, 2003). Les principales substances associées aux produits de synthèse sont le cannabis (77 % des consommateurs), l'alcool (68 %) et dans une moindre mesure les amphétamines (19 %), les acides ou LSD (18 %).

Enfin, chez les sujets bénéficiant de traitement de substitution, il a été observé une baisse de la consommation de produits opiacés illicites contrebalancée par une augmentation de l'alcoolisation (OFDT, 2003).

7. Discussion

7.1 Cohérence entre les indicateurs

Trois grandes catégories de sources différentes (enquêtes en population générale, fichiers ou registres nationaux, statistiques administratives) consolidées ou complétées par des

¹⁷ Figurait sur le questionnaire les produits suivants : alcool, cannabis, acide, héroïne, cocaïne, médicaments psychotropes, amphétamine, autre produits.

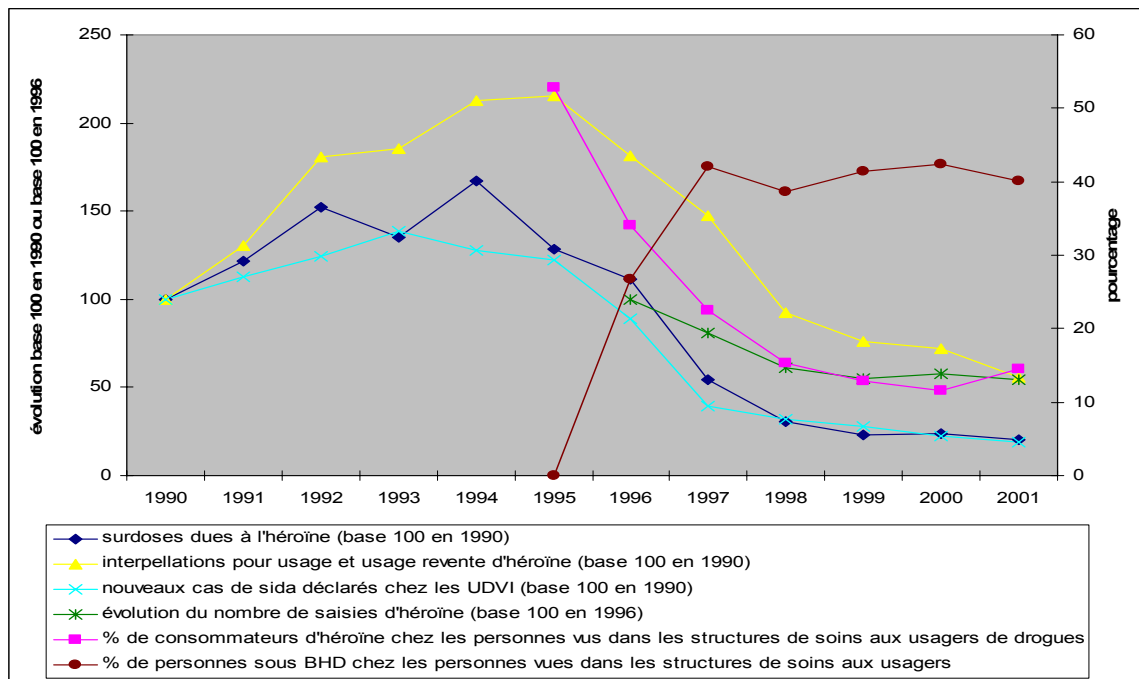
données qualitatives permettent de dresser l'état des lieux du phénomène de la consommation des drogues et de ses conséquences.

De manière générale, il convient de ne pas attribuer d'importance aux fluctuations conjoncturelles de faible ampleur de chaque indicateur, compte tenu des limites inhérentes à leur élaboration particulière. Seules les évolutions d'une certaine ampleur d'indicateurs, confirmées par celles d'autres données de même nature, permettent de dégager des tendances.

Lors de la dernière décennie (1990 - 2000), les évolutions convergentes des indicateurs ont permis de confirmer certaines tendances :

- Les évolutions de la place de l'héroïne dans la consommation problématique de drogues illicites. Comme le montre le graphique 4, depuis 1994-95, les surdoses, les interpellations, les nouveaux cas de sida chez les UDVI, et le nombre de saisies sont en baisse constante ; à l'inverse du nombre de personnes sous traitement de substitution (Subutex®).

Graphique 4 : Evolution des principaux indicateurs relatifs à l'héroïne 1990-2001



Sources : FNAILS, OCRTIS ; OPPIDUM, CEIP / AFSSAPS ; InVS.

Le dispositif TREND observe depuis 2 ans, après une réduction de l'usage observable d'héroïne, en lien avec le développement des prises en charge à l'aide des produits de substitution, une relative stabilisation de la fréquence, observable, de son usage (Bello et al. 2002 ; Bello et al. 2003). De plus, plusieurs études ont mis en avant les « nouveaux usages de l'héroïne » (Reynaud-Maurupt et Verchere, 2003 ; Bello et al. 2003).

- La montée corrélative de la cocaïne ;
- L'augmentation de la consommation de cannabis ;
- La montée en puissance des drogues de synthèse. On constate, effectivement, la convergence des différentes données disponibles : l'augmentation du nombre de saisies opérées et du nombre d'interpellations ainsi que les constatations du dispositif TREND qui confirment que l'ecstasy est un produit aisément observé au sein de

l'espace festif techno tout en poursuivant son développement en dehors du contexte festif (Bello et al. 2002 ; Bello et al. 2003).

- Le développement de la polyconsommation.

7.2 Limites méthodologiques et qualité des données

Sur l'ampleur des consommations de drogues, le système d'information français a, en grande partie, comblé une de ses principales lacunes par la mise en place d'un dispositif pérenne d'observation des consommations, perceptions et opinion sur les drogues en population générale. Néanmoins, ce dispositif a ses propres limites : le caractère déclaratif des consommations et les biais induits par certaines caractéristiques méthodologiques, notamment les méthodes de passation des questionnaire.

Un des principaux problèmes méthodologiques auquel il faudra faire face pour les années à venir est celui de « l'investigation téléphonique » (biais déclaratif ; couverture : développement des « listes rouges », développement du téléphone mobile). Une étude comparative sur un échantillon d'individus possédant un téléphone portable mais dont le foyer ne dispose pas d'une ligne fixe, a été réalisé par l'OFDT dans le cadre de son enquête EROPP. La qualité de la passation du questionnaire semble plus hasardeuse par téléphone portable. Même si le fait de posséder qu'un portable est associé à un profil démographique particulier (plus souvent des hommes jeunes et diplômés) et un style de vie spécifique (plus consommateurs de substances psychoactives), « *dans la mesure où les données recueillies sur ligne fixe sont calées sur le recensement [...], le fait de ne pas interroger les personnes ne disposant que d'un portable ne biaise pas les mesures des opinions exprimées à l'égard des drogues* » (Beck et al. 2003).

Sur les conséquences sanitaires des consommations de drogues, les indicateurs disponibles sont encore trop fragiles. Le recueil d'information sur les données relatives aux demandes de traitement, conforme au protocole européen devrait débuter au 1^{er} janvier 2004. Il est encore difficile de faire une estimation de la couverture et de la représentativité qui sera obtenue dès le premier exercice. D'ici 1 à 2 ans, la France devrait donc être en mesure de fournir des données sur la demande de traitement compatible avec le protocole européen.

Bien que les critères de recrutement ne soient pas ceux définis par l'OEDT, l'étude de cohorte rétrospective sur la mortalité des usagers interpellés permet de renseigner une tendance de moyen terme sur l'évolution de la mortalité de cette population spécifique (voir partie 3.2). Ces résultats ne sont néanmoins pas généralisables à l'ensemble des usagers du fait de la méconnaissance du statut des personnes interpellées (usager actif) et des modes d'usages (fréquence, mode d'administration des produits...).

En vue de l'amélioration des indicateurs sur la mortalité des usagers, un travail conjoint, devrait être mené avec les différentes institutions produisant des données sur la mortalité (INSERM, OCRTIS, DRAMES) et l'OFDT. La confrontation après standardisation des trois sources disponibles sur une période donnée pourra permettre de comprendre, d'identifier et de qualifier les manques de chacune.

Sur les conséquences sociales des consommations de drogues – hors conséquences judiciaires –, les indicateurs disponibles sont encore plus lacunaires. Les caractéristiques socio-économiques et démographiques des usagers recrutés dans les enquêtes sont généralement utilisées pour illustrer ce domaine. Des enquêtes qualitatives permettent cependant d'avoir vision ponctuelle des conséquences sociales de l'usage dans des populations d'usagers spécifiques (jeunes, prostituées, personnes sans-abris...). Une expertise est actuellement en cours, qui permettra de déterminer quels sont les indicateurs

de suivi les plus pertinents pour mesurer les dommages sociaux¹⁸ liés à l'usage de substances psychoactives.

L'observation et la recherche devront rapidement se concentrer sur des produits dont les champs n'ont pas encore été particulièrement investis :

- la consommation problématique de médicaments psychotropes. L'OFDT a déjà initié la création d'un groupe de travail formé de médecins, psychiatres et sociologues en vue de clarifier les notions d'usage inadéquat et d'usage problématique, de construire et mettre en place des indicateurs.
- L'évaluation des traitements de substitution, et plus particulièrement le développement des usages détournés.

¹⁸ Le champ des dommages sociaux couvre les aspects suivants : délinquance et criminalité, échec scolaire, difficultés et relations familiales, exclusion sociale et précarité, prostitution, insertion professionnelle, économie souterraine, corruption et insécurités.

PART 3 : ACTIONS DE REDUCTION DE LA DEMANDE

Le plan triennal a été prolongé jusqu'en juin 2002 mais aucune directive en matière de politique de réduction de la demande n'a été définie depuis cette date. Les prochains axes d'interventions devraient être déterminés prochainement par la MILDT en fonction des orientations qui auront été choisies par le gouvernement.

En l'absence de nouvelles orientations, peu de nouveaux développements ont été initiés pendant l'année 2002, les professionnels continuant de travailler en fonction des priorités définies par le plan triennal 1999-2002.

8. Politique de réduction de la demande au niveau national

8.1 Axes d'actions

Depuis l'adoption du plan triennal du gouvernement en juin 1999, la stratégie nationale en termes de réduction de la demande se fonde sur les grands principes qui suivent :

- l'élargissement de la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs (indépendamment du statut légal des produits) ;
- mise en place d'une prise en charge sanitaire et sociale précoce et adaptée pour les consommateurs de produits psychoactifs ;
- intégration d'une logique de santé publique dans la politique pénale pour que les usagers interpellés, condamnés ou emprisonnés puissent bénéficier d'une réponse socio-éducative et sanitaire adaptée à leur situation individuelle ;
- le renforcement de la politique de réduction des risques auprès des usagers actifs dépendants ainsi que l'élargissement de la politique de réduction des risques et des dommages à l'ensemble des comportements de consommation, particulièrement auprès de jeunes en milieu festif.

8.2 Démarches utilisées et évolution des pratiques

a) Développements sanitaires

Un groupe de travail réunissant la DGS, l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), la MILDT et l'OFDT a été mis en place en 2001 pour faire le point sur les programmes de distribution d'héroïne médicalisée. Dans ce cadre, l'OFDT a confié à un groupe de chercheurs étrangers une recherche documentaire sur les différents essais cliniques concernant les programmes à base d'héroïne médicalisée et injectable et son efficacité dans les principaux pays prescripteurs¹⁹ (Royaume-Uni, Suisse, Allemagne, Espagne, Australie et Etats-Unis).

b) Développements socio-culturels

Des équipes de proximité ont été créées depuis 1999 (5 à ce jour au total) dont les objectifs étaient d'une part une amélioration de la prise en charge des usagers actifs et marginalisés et d'autre part, une amélioration de l'acceptabilité par les riverains des politiques de réduction des risques et des dommages (RRD) à la suite d'un travail d'information et d'échanges.

¹⁹ Note de travail à usage interne, les résultats et conclusions des chercheurs n'ont pas été publiés.

Un an après sa création, le fonctionnement et les actions de la première équipe de proximité (implantée dans le 18^{ème} arrondissement de Paris) ont été évalués (Fayman S. (ACT Consultants) et al. 2003).

L'évaluation conclue que « *la concertation entre élus locaux, riverains, forces de l'ordre et professionnels de la réduction des risques paraît incontournable [...] mais pour cela elle doit être encouragée par la création d'un espace de dialogue dans le quartier. Par ailleurs, les professionnels des structures devraient jouer un rôle plus actif pour favoriser le dialogue et la concertation et mieux se faire accepter, s'investissant davantage dans des missions d'information et de sensibilisation auprès des habitants et des élus locaux notamment* » (Setbon et al. 2003).

c) Développements dans l'opinion publique

Dans l'enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes menée en 2002 (Beck et al. 2003), l'adhésion aux mesures existantes s'avère stable par rapport à l'exercice de 1999. En 2002, 82,1 % des personnes interrogées sont favorables aux traitements de substitution (80,8 % en 1999), tandis que 59,9 % sont favorables à la vente libre des seringues (63,0 % en 1999). Le consensus à l'égard de l'obligation de soins pour les usagers de drogues illicites interpellés reste également très fort (91 % d'avis favorables dans les deux enquêtes).

Il existe un lien entre la connaissance de l'existence des traitements de substitution et l'acceptation d'une telle pratique : 51 % des gens qui savent que les médecins peuvent prescrire des traitements de substitution y sont tout à fait favorables contre 27 % chez ceux qui ne le savent pas.

Le dialogue et l'information sont des composantes essentielles de la politique de réduction des risques. Une nouvelle question a été introduite sur ce thème en 2002 afin d'en évaluer le niveau d'acceptation au sein de la population : « *Afin de diminuer les risques pour la santé, certains pensent qu'il faut informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer. Etes-vous d'accord ?* » Les enquêtés s'avèrent très favorables à une telle initiative (81,4 % au moins plutôt d'accord).

On pourra également se reporter à la section 1.4 pour connaître les opinions des Français sur les politiques publiques touchant plus particulièrement le cannabis.

d) Evènements spécifiques

Le rapport d'accès à la méthadone en France de quatre experts nommés par Bernard Kouchner (ancien ministre délégué à la santé) a été rendu public en 2001 (Auge-Caumon et al. 2002). Le rapport indique que les deux traitements de substitution existants (à base de BHD et de méthadone) ont fait la preuve de leur efficacité en permettant de réduire de 80 % le nombre de morts par overdose de 1994 à 2000, d'augmenter l'accès au soins d'un grand nombre de personnes et de réduire la consommation d'héroïne (Encadré 5).

Encadré 5 : Recommandations du rapport d'accès à la méthadone (Auge-Caumon et al. 2002)

1. de rééquilibrer l'accès et le recours aux deux médicaments de substitution : 8 traitements par BHD pour un traitement par méthadone ;
2. de promouvoir des protocoles d'expérimentation d'autres traitements de substitution, en priorité avec les sulfates de morphine et l'héroïne, y compris par voie injectable ;
3. pour améliorer la prise en charge des usagers de drogues ainsi que la qualité des soins et l'accompagnement médico-psychosocial, des mesures visant à l'élargissement de la primo-prescription de méthadone sont proposées ;
4. l'organisation d'une conférence de consensus sur les modalités des traitements de substitution pour favoriser leur développement sur un principe de qualité des soins associant l'ensemble des intervenants médico-psycho-sociaux.

5. la création d'une agence nationale de recherche (ANRA) en addictologie chargée l'actualisation des savoirs, de la recherche fondamentale, clinique et thérapeutique.

La Commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie, s'est réunie à 4 reprises en 2002. La commission est composée d'une vingtaine de membres issus de secteurs différents (institutionnels, centres de soins, médecins, associatif...) et est chargée de :

- suivre l'évolution de l'utilisation des traitements de substitution dans le cadre de la prise en charge des toxicomanes ;
- faire des propositions d'amélioration de l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution ;
- étudier le cadre d'utilisation de tout autre traitement de substitution ;
- assurer une mission d'expertise pour les comités départementaux de suivi des traitements de substitution.

Un groupe d'experts, présidé par le professeur Michel Reynaud, a fait le point sur la connaissance et le traitement de l'usage nocif de substances psychoactives et propose une définition claire et référenciée des critères pour repérer cet usage nocif (Reynaud, 2002). Le rapport présente des outils cliniques validés permettant un dépistage le plus précoce possible de l'abus de substances et rassemble les stratégies de prise en charge simples et validées. Il est complété par une série de propositions visant à permettre ces repérages et cette prise en charge précoce.

9. Prévention

a) Stratégie nationale

Encadré 6 : Stratégie de prévention des drogues en France

En France, le développement de l'action sociale est fortement marqué par les valeurs du modèle républicain, centré sur les droits du citoyen et répondant à une logique d'extension des droits et des services, garantis par l'Etat (État Providence). Bien que largement investie par le secteur associatif, la prévention des drogues s'est toujours inscrite dans ce principe de droit commun du service public. Dans ce système, les différents organismes d'État peuvent intervenir en fonction de leur compétence, afin de proposer des réponses spécifiques voire individualisées. Ce modèle politique traditionnel ne s'accommode pas d'une logique de programmation qui s'appuierait sur des moyens et des entrées spécifiques comme l'identification a priori des facteurs de risque. En effet, une telle démarche renverrait à des distinctions d'ordre social, culturel (ethnique, religieux, etc.) non admises dans la société française.

Ce contexte explique l'absence de programmes modélisés de prévention des drogues et la prédominance des dispositifs de soutien et des services dans le descriptif des stratégies nationales.

Les dispositions du plan gouvernemental triennal, définies en 1999, ont été prolongées jusqu'en juin 2002. L'évolution majeure intervenue dans le champ de la prévention réside dans son élargissement à l'ensemble des substances psychoactives, licites ou illicites et dans l'objectif d'éviter le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance, en plus de l'objectif traditionnel de prévention de l'initiation (OFDT, 2002b).

Les objectifs majeurs fixés par le plan gouvernemental consistent à la fois à dynamiser des coordinations départementales de la politique de prévention et à promouvoir au niveau national la prise en compte de tous les types d'usages.

Sur le second semestre de l'année 2002, ces stratégies nationales ont perduré, en l'absence de nouvelles orientations les abrogeant. Toutefois la politique dans le champ de la prévention a pu souffrir du gel budgétaire intervenu au cours de l'année.

De plus, la définition et l'organisation de la prévention ont été précisées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a institué également le comité technique national de prévention (Art. L 1417-3) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou INPES (Art. L 1417-4) (voir section suivante).

b) Organisation et coordination au sein des structures

La MILDT est garante de la concertation interministérielle sur les politiques de lutte contre les drogues. Elle définit les **orientations nationales que son réseau de chefs de projet « drogues et dépendances » (CPDD) décline ensuite au plan local**. Ces derniers, chargés de la coordination locale de la politique de prévention, définissent un programme départemental, en concertation avec les services de l'Etat concernés, les collectivités locales et les associations.

Au sein du ministère de l'éducation nationale, la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) est chargée de la coordination et de l'évaluation de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. A ce titre, elle est le référent ministériel privilégié de la MILDT en matière de prévention. La DESCO anime le réseau des conseillers techniques (médecins et infirmières) des services déconcentrés (rectorats et inspections académiques), en les sensibilisant aux grandes orientations de la politique ministérielle. Ces conseillers techniques sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositifs régionaux ou départementaux afférant à la santé, l'exclusion sociale et la prévention auprès des populations scolarisées : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins²⁰ (PRAPS), programmes départementaux de prévention des dépendances et, depuis février 2002, programmes régionaux de santé (PRS).

Les services répressifs disposent d'officiers qui assurent une mission de prévention parallèlement à leur service normal : les formateurs relais antidrogue (FRAD), gradés de la gendarmerie nationale (gendarmerie, ministère de la Défense) et les Policiers formateurs antidrogue (PFAD, ministère de l'Intérieur). Leur action vise prioritairement les jeunes des collèges et des lycées. Enfin, la mission de lutte anti-drogue (MILAD, ministère de l'Intérieur) gère une campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies.

Un comité technique national de prévention a été créé pour assurer la coordination des actions de prévention et de leur financement (loi du 4 mars 2002). Présidé par le ministre de la santé, il doit réunir des représentants des ministères concernés²¹, plusieurs instances nationales sanitaires, l'INPES, l'assurance maladie, des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

L'INPES est un nouvel établissement public remplaçant le Comité français d'éducation pour la santé ou CFES, placé sous la tutelle du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. S'inscrivant dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, ses missions principales sont :

- l'expertise et conseil en matière de prévention et de promotion de la santé;
- le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en collaboration notamment avec le réseau des 107 comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé ;

²⁰ Circulaire DGS-SP2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des de programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (NOR : MESP9930076C).

²¹ Notamment, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'éducation nationale, de la jeunesse et de sports, du travail, de l'environnement et de l'équipement.

- la mise en œuvre pour le compte de l'État et de ses établissements publics, des programmes nationaux prioritaires de prévention, dont le contenu est fixé par le ministère de la santé et en tant que besoin par d'autres ministères concernés.

En 2002, le montant de ses recettes et dépenses était fixé à 71 088 969 euros.

c) Dépenses

Les crédits engagés en 2002 par la MILDT au titre de la prévention sont présentés dans le tableau 25.

Les subventions de l'État au titre de la prévention des dépendances s'élèvent à 10,8 M€, contre 15,4 M€ en 2001 et 11 M€ en 2000. Pour une estimation des dépenses nationales dans le champ de la prévention, il aurait aussi fallu pouvoir évaluer les crédits issus du Fond national de prévention d'éducation, et d'Information Sanitaire (FNPEIS) de l'assurance maladie, ceux de l'INPES et les fonds privés (par exemple des mutuelles).

Tableau 25 : Actions de prévention financées sur les crédits MILDT en 2002

Types d'actions	Crédits (en millions d'euros)
Actions menées dans le cadre des programmes départementaux de prévention (gérés par les chefs de projet « drogues et dépendances »)	6,60
Actions locales sous la tutelle ou la gestion de :	
- Éducation nationale (via les CESC)	1,30
- Jeunesse et sports	1,30
- Agriculture (enseignement agricole)	0,13
- Autres services déconcentrés (PFAD et FRAD ⁽¹⁾ , etc.)	0,50
- Associations tête de réseau	1,00
Total	10,83

(1) Cf. 9. section b.

Source : MILDT, 2002.

9.1 Programmes en milieu scolaire

a) Spécificité de la politique nationale en milieu scolaire

La prévention des dépendances s'inscrit dans celle des conduites à risques des jeunes²², principe fondamental de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves, depuis le début des années 1990.

Formellement, dans les établissements publics d'enseignement secondaire, général ou professionnel, l'organisation de la prévention est une prérogative des chefs d'établissements. Toutefois, ces derniers sont fortement incités à définir une politique interne de prévention, à se doter de comités de coordination (Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ou CESC) et à prendre en compte les orientations des échelons supérieurs de leur administration et des instances régionales (PRAPS, PRS), départementales (programmes départementaux de prévention) et locales (CEL, CLS) concernées par les champs de la santé, de l'exclusion sociale et de la prévention. Ainsi, dans les établissements publics d'enseignement, la prévention est-elle organisée selon les initiatives locales des équipes administratives et pédagogiques, à travers le « projet d'établissement » (annuel).

²² Circulaire n° 93-137 du 25 février remplacée les dispositions de la circulaire n°98-108 du 1er juillet 1998 relative à la des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, BOEN du 9 juillet 1998 (NOR : SCOE9801172 C).

Dans ce schéma, les CESC, structures de coordination de la prévention au sein des établissements, rassemblent autour du chef d'établissement la communauté éducative et les acteurs de la vie sociale et du quartier (associations, acteurs institutionnels, etc.) afin de créer un lien entre l'école et son environnement.

b) Modèles d'intervention en milieu scolaire

Comme cela est précisé dans l'encadré introductif (Encadré 6), il n'y a pas de modèle de prévention – au sens strict – qui soit promu au niveau national. La promotion des bonnes pratiques de prévention passe par la diffusion de **lignes directrices indicatives** et **d'outils proposés par les administrations concernées**, par exemple :

- les « *Repères pour la prévention des conduites à risques dans les milieux scolaires* » et les « *Repères pour la prévention en école élémentaire* » édités par le ministère de l'Éducation nationale en collaboration avec la MILDT. Ils abordent la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, la loi, l'organisation de la prévention, l'évolution des comportements de consommation et donnent des informations sur les produits psycho-actifs ;
- le livret de connaissances « *Prévention de l'usage de drogues : questions éducatives* », édité par la MILDT et l'actuel INPES en janvier 2002, dont l'un des objectifs est d'aider les professionnels à mener des actions cohérentes avec d'autres acteurs concernés.

De plus, la Commission de validation des outils de prévention, coordonnées par la MILDT, créée en 2000, a continué ses activités en 2002. Son but est d'assurer la fiabilité des contenus et une plus grande cohérence des messages de prévention des différents acteurs de terrain. Composée de services ministériels, de représentants de l'INPES, d'experts et d'acteurs de terrain, elle porte une appréciation sur les supports qui lui sont librement soumis.

Les publications et outils de l'**INPES et de son réseau de comités locaux d'éducation pour la santé**, très utilisés en milieu scolaire, participent à la diffusion des connaissances en matière de prévention :

- les coffrets pédagogiques multi-thématiques destinés aux établissements scolaires (écoles maternelles, écoles primaires, collèges et lycées) ;
- des brochures et des affiches concernant la santé des enfants et des adolescents ;
- la « pédagogthèque », un système national d'information d'analyse et de valorisation d'outils pédagogiques.

La loi de mars 2002 a également institué une mission d'accréditation des organismes volontaires de prévention et de promotion de la santé, publics et privés, sur la base d'un cahier des charges public.

Enfin, le **Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent** (dit « RESEDA ») permet à des professionnels des établissements d'enseignement agricole de toutes les régions françaises, d'échanger sur les pratiques, de mutualiser les expériences existantes et de faire connaître les orientations et réflexions autour de la prévention des conduites à risque. « *Sa création (en 2001) illustre la prise de conscience de l'administration de tutelle et de certains professionnels sur les conduites à risque* » (Setbon et al. 2003).

c) Programmes de prévention existants

Le bilan des actions de prévention des dépendances (pouvant également concerner l'alcool et le tabac) financées en 2002 par les crédits MILDT (10,8 M€) sera réalisé à l'automne 2003.

d) Evaluation et résultats

L'évaluation du plan triennal 1999-2002 fournit quelques éléments quantitatifs sur les stratégies de prévention en milieu scolaire mais les plus récents concernent l'année 2001.

Le plan triennal prévoyait une dynamisation de la prévention dans les collèges, l'objectif fixé était de dispenser 40 heures d'éducation dans le cadre des heures de vie de classe ou des « rencontres éducatives pour la santé » mais il est impossible d'évaluer la réalisation de cet objectif faute d'information centralisée (Setbon et al. 2003).

Selon le ministère de l'Éducation nationale, le taux de couverture des CESC en 2001 atteint 67 % des 5 231 établissements publics secondaires (67 % des collèges, 68 % des lycées et 65 % des lycées d'enseignements professionnels ou LEP). Mais les estimations réalisées par les chefs de projet « drogues et dépendances » pour ces types d'établissements sont en deçà des chiffres annoncés par le ministère : 3 264 soit 60 % de ces établissements seraient concernés. Selon la même source, en 2001, environ 31 % des élèves auraient bénéficié d'une action de prévention, organisée via les CESC dans les deux tiers des cas. « Ces chiffres, qu'on ne peut imaginer appliquer à la France entière qu'en les minorant suggèrent quoi qu'il en soit une couverture nationale très en deçà de l'exhaustivité » (Setbon et al. 2003).

Setbon, M., et al. (2003) concluent que « selon des informations parcellaires mais concordantes, l'éducation pour la santé dans les établissements scolaires n'a pas particulièrement pris son envol au cours du plan triennal [1999-2001] et les actions de prévention globalisantes sur les substances psychoactives y sont restées minoritaires, liées à des initiatives quasi individuelles ».

9.2 Programme jeunesse hors milieu scolaire

a) Définition utilisée

En France, la prévention destinée aux jeunes hors milieu scolaire réfère aux actions menées dans les structures d'information et d'accueil dédiées aux jeunes, dans les quartiers, mais également à celles qui ont lieu dans les structures sportives, culturelles ou récréatives (boîte de nuit, bars). Il n'y a cependant pas de définition établie. Selon les cas, ce type de prévention peut également inclure la prévention menée en milieu festif techno (« rave parties ») parallèlement aux éventuelles mesures de *testing*.

b) Types et caractéristiques des interventions

Les actions de prévention dans ce domaine sont menées, pour la plupart, sous la tutelle des administrations chargées de la jeunesse, coordonnées par la direction de la jeunesse et de l'éducation populaire, par la Police nationale (camion de la MILAD qui se rend sur des sites touristiques, voir précédemment) ou les services du ministère de la culture et de la communication (Direction de la musique, de la danse, du théâtre et des spectacles).

c) Formations spécifiques pour les professionnels

Plusieurs formations continues courtes, répertoriées par l'INPES, ont eu lieu durant l'année 2002. Des formations universitaires ont été proposées, par exemple :

- « Etude des toxicomanies » (Université Claude Bernard Lyon I), formant aux méthodes et savoir-faire permettant de contribuer efficacement aux actions de santé vis-à-vis des toxicomanies, tant sur le plan collectif (prévention, éducation pour la santé, dépistage) que sur le plan individuel (prise en charge des patients, aide au sevrage). Publics visés : professionnels de la santé, de la justice et du travail social.
- diplôme universitaire de 3ème cycle (DESS) « Responsables d'actions éducatives et sociales dans l'espace urbain » (Université Paris VIII, Saint Denis), formant à une approche territoriale des mutations de la société et de la crise de la ville.

- « Diplôme d'Université de santé dans la communauté, promotion de la santé et développement local » (Université Victor Segalen Bordeaux II - Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Bordeaux), formant aux méthodes de la santé communautaire, de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, dans la perspective du développement social. Public : professionnels de la santé, administratifs, éducateurs, travailleurs sociaux.

Le module de formation expérimental « conduites à risque des adolescents » organisé en 2000, adressé aux professionnels de l'éducation, de l'animation et de l'insertion, n'a pas été reconduit. Au plan local, en 2002, 12 départements ont obtenu des crédits de formation supplémentaires aux actions de formation intégrées dans les programmes départementaux de prévention. Parmi eux, 3 départements faisaient apparaître explicitement la thématique « conduite à risque des adolescents ».

9.3 Programme famille et enfance

Ce domaine ne fait pas l'objet d'actions centralisées par les structures de l'Etat et les initiatives de prévention destinées aux enfants restent rares.

Depuis peu, des rencontres ponctuelles sont organisées entre des enseignants du cycle secondaire (dans le cadre du CESC) et du primaire pour définir des protocoles de prévention des problèmes de violence et de ceux liés aux usages des substances psychoactives, auprès de pré-adolescents.

Aucune information réactualisée n'est disponible.

9.4 Autres programmes

a) Milieu festif

Stratégie régionale ou locale faisant référence aux lieux festifs

Les orientations gouvernementales du plan triennal 1999-2001 visaient à développer des actions de prévention et des interventions de première urgence en rapport direct avec les jeunes usagers sur les lieux festifs et en milieu sportif ou culturel. Cette politique s'appuie sur le réseau associatif national et les programmes départementaux de prévention.

Depuis 1999, la MILDT soutient les actions de formation des intervenants d'associations travaillant dans les milieux et lieux festifs ; la DGS quant à elle, privilégie plutôt le financement d'interventions de terrain proprement dites (présence sanitaire, accueil, information et prévention...).

Les informations disponibles ont mis en évidence la prise en compte de la question de l'approche de réduction des risques en milieu festif culturel et sportif dans la définition des programmes départementaux de prévention. En effet, selon l'évaluation réalisée par EVALUA (2003) sur 15 programmes sélectionnés pour cet exercice, 1/3 des programmes départementaux de prévention prévoient des actions pour la réduction des risques dans les fêtes et les « raves parties » et 3 programmes sur 10 mènent des actions de prévention dans les discothèques pour éviter les accidents de la route.

Ces résultats sont corroborés par l'exploitation des rapports des CPDD, ces derniers ayant la charge de l'élaboration des programmes départementaux de prévention. Sur les 70 rapports de l'année 2001, 40 % départements auraient mis en place des actions d'information, de prévention et ou de premier secours sur les lieux festifs (Setbon et al. 2003) (tableau 26). Six départements sur 10 auraient mis en place des actions d'information et de prévention dans les manifestations culturelles (au total environ 250 actions organisées). Enfin, 43 % des départements déclarent la réalisation d'actions en milieu sportif (environ 400 bénéficiaires par département).

Tableau 26 : Interventions en milieu festif, sportif et culturel, 2001

	N	Réponses affirmatives	Σ ⁽¹⁾	Moy. par dpt. ⁽²⁾	N	Réponses affirmatives	Σ ⁽¹⁾	Moy. par dpt. ⁽²⁾
En milieu festif	29	41 %	165	6	16	23 %	89 450	5 262
En milieu culturel	39	56 %	264	7	24	34 %	20 338	814
En milieu sportif	30	43 %	104	3	20	29 %	7 944	378

(1) Somme calculée sur les CDPP ayant répondu à l'item

(2) moyenne calculée par département sur les CDPP ayant répondu à l'item

Source : Rapports d'activités des chefs de projet « drogues et dépendances ». Base de données Année 2001, OFDT

Réglementation liée à l'organisation d'évènements festifs

Le **nouvel article 23-I** de la loi d'orientation et de programmation de la sécurité quotidienne (LOPS) oblige les organisateurs de « rave parties » à déclarer leurs projets au préfet du département concerné. 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. Le délai de déclaration de 1 mois est réduit à 15 jours pour les organisateurs qui ont souscrit à un engagement de bonnes pratiques définissant leurs obligations en matière d'actions de préventions et de réductions des risques conformément à un modèle type prévu par l'**arrêté du 3 mai 2002** (NOR : INTD0200243A).

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 prévue pour les contraventions de 5^{ème} classe (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.

Cahier des charges associatif en lieux festifs

L'Association française de réduction des risques liés à l'usage de drogues (AFR) a rédigé, en collaboration avec d'autres associations un cahier des charges des interventions liées aux usages de produits psychoactifs en milieux et lieux festifs.

Les missions de l'intervention en milieu festif se déclinent en trois points :

- délivrance d'informations objectives sur les effets des substances psychoactives ;
- mise à disposition d'un espace permettant le repos, la mise à distance du bruit, la consommation d'eau ;
- éventuellement la réalisation de contrôles rapides des produits.

En fonction des différentes scènes (« free-parties », « tecknivals », « raves officielles », festivals...), il a été établi un ensemble de pratiques d'intervention possibles, hiérarchisées du minimum (aucune intervention) au maximum (« chill-out » avec antenne médicale équipée).

d) Autres programmes

Programme communauté

Jusqu'en 2001, les 100 Points-écoute destinés aux jeunes, à leurs parents ou aux deux, fondaient leur action sur un principe de prévention globale de la toxicomanie et de la marginalisation. L'évaluation de ces structures réalisées par Jacob, E., *et al.* (2000) a mis en exergue la multiplication de leurs interventions auprès de personnes éloignées des institutions et des services d'aides. Des Point accueils jeunes (PAJ), créés à la même époque que les Points-écoute, travaillaient sur la problématique de l'urgence sociale parmi les jeunes et étaient aussi amenés à traiter des problèmes de dépendances.

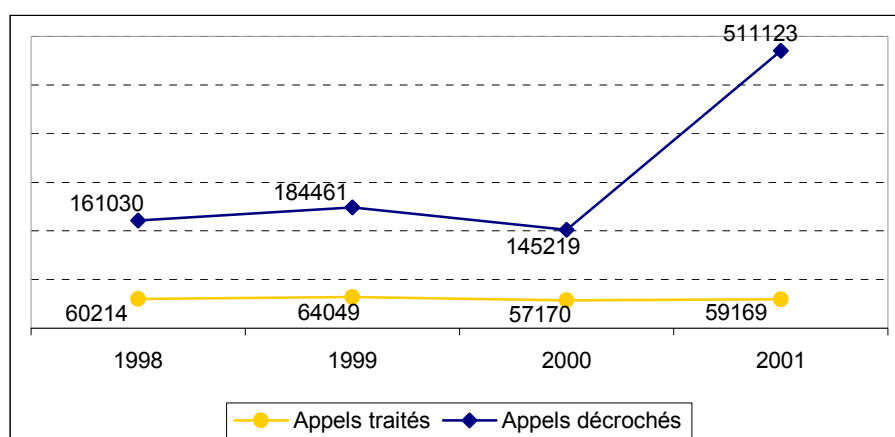
En mars 2002, est créé un dispositif unifié de droit commun baptisé Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), comprenant les PAJ et environ 75 des anciens Points-écoute²³. Ces nouvelles structures associatives concernent un large public, des enfants dans leur milieu familial aux jeunes adultes en grande précarité ou en errance, qu'ils soient consommateurs ou non de substances psychoactives. Les PAEJ doivent assurer, auprès de ces jeunes en situation à risques et auprès de leur entourage adulte, une prévention de proximité légère (non clinique), axée sur l'accueil, l'écoute, le soutien, la sensibilisation, l'orientation et la médiation. Les PAEJ excluent, dans leur enceinte, la thérapie, l'échange de seringues, le suivi et l'accompagnement social spécialisé prolongés. Les quelque 25 Points-écoute qui étaient très axés sur la prévention et la prise en charge des toxicomanies ont été rattachés aux CSST.

Ligne d'aide téléphonique

DATIS « Drogues tabac alcool info service » est la ligne nationale d'aide téléphonique, gratuite, dotée d'un numéro court (113) facile à composer et à mémoriser.

En 2001, des aménagements techniques, notamment le passage au numéro court (113) et la mise en place d'un pré-accueil externalisé, ont permis la prise en charge d'un plus grand volume d'appels (511 123 soit 56 % des appels reçus en 2001). Cette même année, les appels traités ne constituent que 12 % des appels décrochés la dernière année (graphique 5), mais leur durée moyenne (12,6 min) avait augmenté par rapport aux chiffres enregistrés en 2000 (environ 3 minutes d'échange supplémentaires)²⁴.

Graphique 5 : Evolution du nombre annuel des appels traités par DATIS (et le pré-accueil externe), entre 1998 et 2001.



Source : DATIS, 2002.

²³ Circulaire DGS / DGAS du 12 mars 2002 (n°2002-145).

²⁴ Le personnel de DATIS rapporte cependant des éléments relatant une évolution de la qualité de service rendu.

Le nombre des appels au sujet de l'alcool a doublé, ceux consacrés au tabac ont quadruplé. Cette évolution s'est surtout accélérée entre 2000 et 2001 et s'explique par l'élargissement des missions de DATIS à l'ensemble des substances psychoactives alors que la capacité du réseau est restée inchangée en termes d'effectifs de télé-opérateurs. On ne peut donc pas conclure à un réel succès de cette mesure car, de 1998 à 2001, les appels concernant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les produits de substitution, l'ecstasy et les amphétamines ont connu une baisse moyenne de 42 % (Setbon et al. 2003). En ce qui concerne le cannabis, trois hypothèses ont été émises par l'équipe de l'évaluation globale de plan triennal (Setbon et al. 2003) :

- la moitié des appels émis ne pouvant être traités par le service depuis l'élargissement des missions de DATIS, ce sont les appels les plus nombreux de la période précédente qui souffrent le plus de cette saturation ;
- le public s'estimant mieux informé²⁵, il formule moins de demandes d'information auprès de DATIS ;
- le public dirige sa recherche d'information vers d'autres dispositifs d'information développés sur la période du plan triennal (par exemple le site Internet).

Enfin, étant donné la baisse globale des appels observée, toutes drogues illicites confondues, on peut se demander si les usagers de drogues dites « dures » reconnaissent à un service généraliste la capacité de répondre à leurs questions. Ce serait donc un « effet pervers » de l'élargissement à l'ensemble des substances psychoactives (Setbon et al. 2003).

Campagnes de presse et actions de communication

La dernière grande campagne de communication, conçue par la MILDT et mise en œuvre par l'INPES a été réalisée entre janvier et février 2002 à la radio. « *Pour savoir où vous en êtes* » avait comme objectif d'alerter les jeunes des 15 à 25 ans sur les consommations problématiques²⁶ et les inciter à évaluer leur propre consommation. Elle venait clore un programme de trois années de campagnes, visant à faire évoluer les représentations et les comportements du public en diffusant une information fiable et crédible sur les produits psychoactifs.

Ont été associées à cette campagne des **dispositifs-relais** destinés à garantir la continuité de l'information et orienter le public vers des services adaptés : le service national d'accueil DATIS (voir précédemment), le site internet drogues.gouv.fr (voir ci après) et un second site dédié aux 15-25 ans (www.drogues-savoir-plus.com).

Cette campagne a fait l'objet d'une enquête spécifique pour apprécier son impact. Il s'avère que malgré un score d'agrément élevé (85 %), « *Pour savoir où vous en êtes* » n'a suscité chez le public cible qu'une implication assez modérée (40 % des 15-25 ans se sont déclarés concernés par le thème de la campagne, 54 % chez les « consommateurs problématiques » de cannabis) et 17 % disent avoir été amenés à réfléchir sur leurs consommations (taux d'incitation inférieur à la moyenne) (Setbon et al. 2003).

Site internet

Le site internet www.drogues.gouv.fr ouvert en décembre 1999 a pour objectif de rendre accessible au public toutes les connaissances scientifiquement validées sur l'ensemble des substances psychoactives, licites ou illicites. C'est le premier site de service public sur les drogues et les toxicomanies en France.

²⁵ En effet, entre 1999 et 1998, on observe une augmentation modeste mais significative (de 7,8 % à 10,4 %) de la proportion de personnes se déclarant très bien informées. En 2001, 61 % des personnes s'estiment bien ou très bien informées contre 58 % en 1999. Beck, F., Legleye, S. and Peretti-Watel, P. (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.

²⁶ le terme « consommations problématiques » réfèrent, selon le cahier des charges des campagnes, d'une part aux usagers de drogues par voie intraveineuse, d'autre part aux usagers consommant dans un cadre festif.

Depuis sa création (décembre 1999), le site a connu une progression sensible du nombre et de la durée moyenne des connexions (tableau 27) : 65,2 % de visiteurs en plus en 2002 par rapport à 2001.

« *Bien qu'on ne dispose pas d'étude qualitative ad hoc, l'utilité du site semble aujourd'hui largement reconnue. La possibilité de poser des questions en toute confidentialité associée à la légitimité scientifique des producteurs d'information participent à la reconnaissance et à la crédibilité de l'émetteur public* » (Setbon et al. 2003).

Tableau 27 : Connexions au site www.drogues.gouv.fr, 2001-2002

	2001	2002	Evolution 2001-2002
Nombre annuel de connexions :			
- des rubriques « grand public » :			
- « ce qu'il faut savoir »	44 604	60 425	+ 35,1 %
- « en savoir plus »	24 460	33 428	+ 36,7 %
- des rubriques « professionnels »	23 978	28 586	+ 6,7 %
Moyennes mensuelles des durées des connexions	9:15	15:41	+ 69,5 %
Nombre de visiteurs uniques	220 154	363 670	+ 65,2 %

Source : MILDT, 2002.

10. Réduction des risques

a) Positionnement de la réduction des risques dans la stratégie nationale

Le plan triennal 1999-2002, dans la continuité de la politique française mise en place au début des années 1980 pour lutter contre l'épidémie de Sida chez les usagers de drogues, avait défini parmi ses objectifs prioritaires, la réduction des risques et des dommages (RRD) **chez les usagers de drogues dépendants actifs les plus marginalisés**. La politique de RRD propose des moyens d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces usagers sans poser comme condition l'arrêt de la consommation de drogues.

Elle préconise également l'élargissement de la démarche de RRD aux usages nocifs chez les jeunes, notamment en matière d'usage de drogues **sur les lieux festifs** (musicaux, culturels ou sportifs). Pour cela, le plan prévoyait de renforcer le soutien au réseau associatif.

b) Pratiques

Réduction des risques en milieu festifs

Se reporter à la section 9.4 a de prévention en milieu festif.

Réduction des risques chez les usagers actifs les plus marginalisés

Le plan triennal proposait, pour mettre en place une « véritable » politique de RRD non seulement de renforcer et de poursuivre le développement des structures dites de « bas seuil » destinées aux usagers de drogues les plus marginalisés mais également de mettre en place des programmes de médiation sociale dans des quartiers où sont implantés les centres destinés aux usagers des drogues.

c) Dispositif

Le dispositif de RRD ou de « bas seuil » s'est développé en complémentarité avec les centres spécialisés. Il 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.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- la vente libre de seringues en officines ;
- les automates délivrant des trousse de prévention (227 au total en 2001) ;
- les programmes associatifs d'échange de seringues au nombre de 118 en 2001 ;
- les « boutiques » ou lieux de contact pour usagers de drogues (40 en 2001) ;
- les « sleep-in » qui offrent un hébergement de nuit en urgence aux UD en situation de grande précarité, (4 en 2002) ;
- les bus méthadone pour faciliter l'accès aux traitements de substitution (2 en 2001, à Paris et à Marseille) ;
- enfin, on pourra citer les équipes de proximité qui ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des UD en plus d'être des médiateurs de quartiers (4 en 2001).

Globalement, le dispositif de RRD couvre la majeure partie du territoire français (87 départements couverts).

10.1 Description des actions

a) Milieux festifs

Se reporter également à la partie 9.4.

Les interventions de RRD en milieux festifs sont assurées soit directement par le réseau associatif sur la base de financements locaux et nationaux, soit dans le cadre des programmes départementaux de prévention.

Les principaux lieux d'intervention sur le territoire national sont la région Ile de France, suivi de la région PACA et le Languedoc Roussillon (en 2001). Cependant, malgré la capacité des équipes d'intervention à se déplacer et à suivre les principaux mouvements de jeunes, la couverture nationale des associations intervenant en milieu festif n'est pas complètement assurée et reste insuffisante (Setbon et al. 2003).

L'intervention en milieu festif s'organise généralement en partenariat entre les différentes associations du réseau (Médecins du Monde, Mutualité française, Techno Plus, ASUD pour les plus importantes) et ce d'autant plus que les événements rassemblent un nombre très important de personnes. Lorsque la manifestation est autorisée (voir section 9.4.b) les partenaires institutionnels sont associés (préfecture, protection civile, pompiers, SAMU...).

En 2001, selon les rapports d'activité des associations concernées (énoncées précédemment), 167 interventions en milieu festif ont été réalisées, la majorité (63 %) dans des « *free parties* » rassemblant 300 à 3 000 personnes.

D'après les mêmes associations, malgré une nette augmentation des interventions en 2000 et 2001, le nombre de personnes potentiellement touchées a diminué de manière importante (Setbon et al. 2003). Cette évolution n'est pas le signe d'un désengagement des associations mais d'un changement de lieu de mobilisation, les associations ont, en effet, été plus présentes dans les « *free parties* », rassemblant moins de personnes, que dans les « *Technivals* » (jusqu'à 35 000 personnes).

b) Prévention des maladies infectieuses

La plupart des informations disponibles sont consignées dans le tableau épidémiologique n°10.

Selon Emmanuelli, J., et al. (2003), « *les études disponibles menées en France auprès des usagers de drogues tendent à montrer que la politique de réduction des risques a eu un impact certain sur l'épidémie du VIH. Cet impact est moins évident pour le VHC comme en témoignent le taux d'incidence encore important et le niveau de prévalence élevé chez les UD de moins de trente ans* ».

Dans un autre article, Emmanuelli, J., (2003) présente les tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues intraveineux. Depuis l'année 2000, une baisse importante du recours aux seringues stériles habituellement vendues ou distribuées aux UDVI a été observée. Cette baisse peut s'expliquer soit par la diminution de la pratique de l'injection (et plus indirectement comme indicateur de l'efficacité des traitements de substitution), soit par une reprise des comportements de partage et de réutilisation de seringue chez certains usagers, ces deux éléments étant relevés dans l'enquête « bas seuil 2002 » du dispositif TREND (Bello et al. 2003) (voir également sections 2.1 et 2.3 et 3.3).

c) Prévention des overdoses

Pas d'information disponible.

10.2 Critères et évaluation

Au cours de la période 1999-2002, deux évaluations pilotées par l'OFDT ont porté sur des structures de « bas seuil » :

- L'évaluation du bus méthadone à Paris (OFDT, 2000a). Cette évaluation, réalisée par l'IREP (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) et l'INSERM a porté d'une part sur les activités du dispositif et ses usagers (efficacité de la mise en œuvre), et d'autre part sur les changements produits (efficacité des résultats) en termes d'accès au circuit sociosanitaire (rôle de capture/relais), des effets sur les pratiques de consommation et sur la santé et l'insertion sociale des personnes dépendantes.
- L'évaluation du projet pilote de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^{ème} arrondissement de Paris (Fayman S. (ACT Consultants) et al. 2003). Cette évaluation, conduite par ACT Consultants a permis d'apprécier l'effectivité du programme par rapport à ses objectifs initiaux et le degré d'efficacité du dispositif eu égard aux usagers et aux riverains (réalisation d'entretiens et d'une enquête d'opinion).

Parmi les enquêtes et études auprès des usagers fréquentant des structures dédiées à la RRD, il est important de mentionner :

- l'enquête sur les caractéristiques sociales, les comportements de consommation et les risques déclarés chez les usagers de drogues fréquentant les PES menée en 1998 (Emmanuelli et al. 1999) ;
- les « enquête de novembre » (années 1997 et 1999) relative aux prévalences du VIH et des hépatites chez les UDVI fréquentant les centres spécialisés de soins pour les toxicomanes, les hôpitaux et certaines structures sociales (Tellier, 2001 ; Palle et Tellier, 1998) ;
- les enquêtes annuelles menées par le dispositif TREND auprès des usagers de drogues fréquentant des structures de bas seuil d'exigence (Bello et al. 2001 ; Bello et al. 2002 ; Bello et al. 2003) ;
- le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (SIAMOIS) de l'InVS qui décrit l'évolution des ventes de médicaments de substitution et de matériels d'injection.

11. Prise en charge

11.1 Traitements de désintoxication

Depuis le décret du 29 juin 1992, toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites (CSST en ambulatoire, centres avec hébergement collectif et CSST en milieu pénitentiaire) doivent garantir, parmi les autres missions qui leurs ont été confiées, le sevrage ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier.

Concernant les CSST en ambulatoire (qui représentent 76 % du dispositif spécialisé), en 2000 et 2001, 3 structures assurent à elles seules plus de la moitié des sevrages et environ 60 % des structures n'en déclarent aucun (tableau 28). Ces chiffres doivent être considérés cependant avec prudence.

Tableau 28 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage, par structure (CSST en ambulatoire), 1998 - 2001

	1998	1999	2000	2001
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage assuré par le CSST (par structure)	6,8	5,7	6,2	7,0
Nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage par dose dégressive de produits de substitution	5,7	4,6	5,9	5,9

NB : Pour établir les chiffres du tableau ci-dessous, il n'a été tenu compte que des structures ayant réalisé moins de 150 sevrages (et ayant fourni des données sur l'activité)

Lecture : en moyenne par CSST, 7 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 2001

Source : rapport d'activité des CSST, DGS / OFDT.

11.2 Programmes de substitution

a) Objectifs des traitements de substitution

Depuis 1995, la substitution constitue une modalité de prise en charge et s'intègre dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance. De manière générale les objectifs de la politique de substitution sont de :

- favoriser une insertion dans le processus thérapeutique et améliorer le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et / ou somatique ;
- stabiliser la consommation de drogues illicites et réduire le recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse ;
- favoriser l'insertion sociale.

b) Critères d'admission

Dans le cadre de traitements à la BHD, la dépendance aux opiacés est évaluée par le praticien. Pour la méthadone, cette évaluation s'accompagne d'un contrôle urinaire (recherche d'opiacés hors méthadone).

c) Organisation et délivrance

Sur la mise en place des traitements de substitution, les dernières dispositions prises par le gouvernement visent à réduire les disparités entre la méthadone et la BHD en termes de durée de suivi, modalités de prescription, de suivi et de délivrance.

L'arrêté du 20 septembre 1999 fixe la délivrance maximale de la BHD à 7 jours avec la possibilité pour le médecin de demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum ceci afin de limiter son mésusage. Celui du 8 février 2000 fixe l'extension de la durée de prescription de la méthadone de 7 à 14 jours mais avec un

fractionnement maximal de délivrance en pharmacie de 7 jours. Afin de rendre la méthadone plus accessible et d'en faire bénéficier les personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins, **la circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002** autorise la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. L'objectif de cette circulaire est de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un suivi médico-psycho-social adapté, un traitement de substitution.

Le rapport général d'évaluation du plan triennal (Setbon et al. 2003) conclut cependant que, malgré les dispositions réglementaires, « *les progrès quantitatifs de la distribution contrôlée de méthadone sont insuffisants pour avancer vers un rééquilibrage du rapport entre substitution par méthadone et BHD* ».

Le dispositif concerné par la délivrance des produits de substitution est composé de :

- centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), huit départements sont encore dépourvus de ce type de structure. Ils se décomposent en 3 grands types : les centres de soins en ambulatoire, les centres de soins avec hébergement collectif et les centres en milieu pénitentiaire ;
- les « équipes de liaison et de soins » qui ont pour objectif d'améliorer la prise en charge à l'hôpital. Elles ont pour principale mission de former, d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge et de développer des liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social ;
- la médecine de ville. D'après l'enquête auprès des médecins généralistes 2001, parmi les médecins généralistes ayant vu au moins des usagers d'opiacés au cours des 12 derniers mois, presque 3 sur 4 déclarent avoir proposer « le plus souvent » ou « toujours » un traitement de substitution (Coulomb et al. 2002).

d) Modes de prescription

On trouvera dans le tableau 29, le mode de prescription, la durée, la posologie ainsi que les lieux de délivrance de la BHD et de la méthadone.

e) Détournements et mésusages

La BHD est le traitement de substitution aux opiacés les plus utilisé en France (80 000 personnes environ en 2002 selon le système SIAMOIS- géré par l'InVS). Plusieurs études rapportent qu'il existe des mésusages de cette substance : quant à la prescription et aux modalités d'approvisionnement, quant au mode d'administration (Lalande et Grelet, 2001 ; Vidal-Trecau et al. 2001 ; Bello et al. 2002 ; Bello et al. 2003).

Le rapport TREND met en évidence qu'il existe des personnes dépendantes à la BHD sans qu'ils n'aient jamais été dépendants à d'autres opiacés (usage non substitutif). Parmi les 502 personnes fréquentant des structures de « bas seuil », si la primo-consommation reste limitée (7 % des usagers de BHD), 27 % des usagers de BHD se trouvent en situation de dépendance au Subutex® sans que cet usage soit consécutif à une pharmacodépendance aux opiacés (Escot et Fahet, 2003). Dans le cas de la consommation de BHD non substitutif, les modes d'entrées sont divers (précarité sociale, prison, relations amicales, de couples, événements festifs) et concernent des tranches d'âges et des statuts sociodémographiques assez larges. L'utilisation de la voie intraveineuse semble majoritaire dans cette population spécifique.

Cet usage paraît présent dans la plupart des régions de France et soulève le problème des éléments contribuant aux développements de ces comportements.

Le dispositif TREND a également mis en évidence quatre groupes d'usagers de BHD hors protocole médical (Bello et al. 2003) :

- des usagers de stimulants observés dans l'espace festif techno qui utilisent la BHD pour la gestion de la descente ;
- des personnes très précarisées ou en errance ;
- des jeunes et des adolescents ;
- des personnes qui auraient initié leur consommation de BHD en milieu carcéral.

Ces personnes s'injectent, sniffent et fument plus fréquemment la BHD que celles l'acquérant, tout ou partie, par prescription.

Tableau 29 : Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 2002

Modalités	Buprénorphine Haut dosage	Méthadone
Date d'entrée en vigueur effective	Début 1996	1994
Prescription	Initiation et suivi en médecine de ville ou en CSST Primo-prescription et poursuite du traitement en cours possibles en milieu carcéral	Initiation en CSST et en milieu hospitalier depuis le 30 janvier 2002 puis possibilité de suivi en médecine de ville Primo-prescription possible en milieu carcéral. Poursuite du traitement en milieu carcéral.
Durée maximum de la prescription	28 jours	14 jours
Posologie	Recommandation maximum de 16 mg/jour	Recommandation maximum de 100 mg/jour
Délivrance	Délivrance en pharmacie dans tous les cas Délivrance fractionnée par période maximale de 7 jours avec la possibilité pour le médecin de demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum	Administration supervisée en CSST et en milieu hospitalier ou remise du médicament jusqu'à 14 jours Fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours
Contrôles urinaires	Non prévus	1 ou 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois puis 2 fois par mois. À l'appréciation du médecin si suivi en ville. Toujours réalisé au CSST ou à l'hôpital
Paiement des soins	Droit commun si suivi en ville	Gratuité puis droit commun si relais en ville

Source : DGS

f) Résultats d'évaluations, statistiques, recherches

A l'heure actuelle aucune évaluation spécifique n'a été programmée à grande échelle pour obtenir des résultats validés sur l'impact de la politique française de substitution auprès des personnes dépendants aux opiacés (Setbon et al. 2003).

L'enquête OFDT-CNAM (CNAMTS et OFDT, 2002) permet un éclairage sur les modalités d'utilisation des thérapeutiques de substitution aux opiacés. Ce type d'étude devrait être renouvelé annuellement, sur un plus grand nombre de sites. Les résultats issus des données 1999 et 2000 ont permis de faire un certain nombre de constats :

- le nombre de patients sous traitement de substitution augmente, la part de la méthadone est croissante ;
- la probabilité d'être pris en charge par un traitement de substitution par méthadone plutôt que par BHD est plus forte pour les femmes que pour les hommes et pour les personnes de 30 ans et plus que pour les 15-29 ans ;

- la plupart des patients sous substitution ont un ou deux prescripteurs de produits de substitution au cours d'un semestre ;
- la prescription de certains médicaments psychotropes chez les patients sous traitement de substitution est beaucoup plus fréquente qu'en population générale. Elle est plus élevée parmi les personnes prenant de la BHD (31 à 54 %) que parmi celle prenant de la méthadone (27 à 50 %).

L'enquête menée par AIDES (Calderon et al. 2001) met en exergue des différences au plan sanitaire, social et financier selon le mode de traitement de substitution. L'impact de la substitution est plus faible dans la vie sociale, affective, relationnelle et dans les fréquentations pour les personnes sous sulfate de morphine. Par contre, les personnes sous méthadone ont tendance à rapporter une meilleure insertion professionnelle et une meilleure situation financière. Il est observé une évolution plus modérée pour la plupart des catégories (sanitaire, social et financier) chez les personnes qui prennent de la BHD.

Encadré 7 : Femmes sous substitution, derniers développements

Les réflexions actuelles tendent à (Franchitto et al. 2000 ; Cayol et al. 2000) :

1. favoriser les traitements de substitution en cours de grossesse et pendant les premiers mois du post partum ;
2. élaborer avec la femme un projet contractuel individualisé en concertation avec les structures hospitalières,
3. favoriser au maximum la relation mère enfant ;
4. organiser le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant, en concertation avec un CSST et les professionnels de la petite enfance.

Une enquête a été menée auprès de femmes recrutées dans des unités de soins périnataux réparties sur tout le territoire national ayant accouché d'un enfant vivant entre octobre 1998 et octobre 1999 et ayant déclaré avoir reçu du Subutex® ou de la méthadone prescrits durant leur grossesse (259 femmes au total) (Lejeune et Simmat Durand, 2003).

Les principaux résultats de cette étude, sont les suivants :

1. **Le diagnostic et le suivi des grossesses ont été précoces et réguliers. Aucune mortalité postnatale n'a été enregistrée.** Si l'on compare aux données connues en matière d'héroïnomanie durant la grossesse, le taux de prématurité était nettement meilleur (10 % vs 30 à 40 %) et la fréquence des séparations précoces mère/enfant également (4 % vs 30 à 50 %).

2. Mises à part des différences peu ou pas significatives d'âge gestationnel à la naissance et de précocité du syndrome de manque néonatal, **il n'existait pas de raisons périnatales de préférer l'un ou l'autre des traitements, Subutex® ou Méthadone.**

3. L'intensité et la fréquence observées du syndrome de manque néonatal n'étaient pas proportionnelles à la nature ou à la dose de substitution reçue par la mère au moment de l'accouchement. Aucun facteur prédictif individuel n'a pu être mis en évidence pour ce syndrome.

Les seules corrélations significatives qui ont été retrouvées pour la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau né (SSNN) concernent la gravité globale de la désinsertion sociale associée à la toxicomanie (indice TMSF) et certains marqueurs de précarité. Le mécanisme n'est pas clair. Il pourrait être, au moins en partie, en rapport avec des consommations non déclarées d'autres psychotropes.

4. D'une façon générale, **les complications néonatales et plus encore les situations aboutissant à des séparations mère / enfant paraissent avant tout liées à des facteurs sociodémographiques**, plus qu'à l'abus spécifique de substances psychoactives.

11.3 Post-cure et réintégration

En France, les programmes de post-cure et de re-socialisation sont pour la plupart intégrés au dispositif spécialisé.

Il s'agit plus précisément des **centres spécialisés avec hébergement collectif**, appelés aussi centres thérapeutiques résidentiels. Dans ces centres les usagers de drogues sont pris en charge sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif par une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux). L'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents. Dans leur quasi-totalité, les centres avec hébergement sont gérés par des associations. En 2003, on dénombre 42 centres, d'une capacité d'accueil totale de 514 places.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire ou avec hébergement peuvent gérer des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais, des structures d'hébergements de transition ou d'urgence ou des réseaux de familles d'accueil.

Les **réseaux d'appartements thérapeutiques**, environ 80 en 2003, visent à permettre aux usagers de drogues de retrouver leur autonomie, et sont réservés aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale (usagers sortant de prison, etc...). Ces structures doivent également contribuer à renforcer les capacités d'hébergement d'urgence et de transition, mode de prise en charge permettant à l'utilisateur de faire une « pause », de stabiliser un sevrage ou un traitement de substitution, d'attendre un hébergement stable.

Les **structures d'hébergements de transition ou d'urgence** proposent des séjours courts d'une à quatre semaines modulables en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Un accompagnement socio-éducatif et / ou sanitaire est également prévu. En 2003, il existe 18 structures de ce genre.

Les **réseaux de familles d'accueil** ont été institués à la fin des années 1970. Le séjour en famille d'accueil répond à des situations diverses et intervient à différents moments du parcours de la personne toxicomane. En 2003, on recense 20 réseaux de familles d'accueil. Le type de bénéficiaires (seul, avec enfant, sevré, sous substitution, sous main de justice, etc.) et les durées de séjour (du week-end à 9 mois) sont variés. L'accueil en famille est orienté vers le regain d'autonomie et il peut constituer une étape vers la réinsertion professionnelle des toxicomanes. Parallèlement, le suivi thérapeutique de la personne toxicomane est assuré par le CSST de rattachement de la famille d'accueil.

12. Actions intégrées au système judiciaire

12.1 Assistance aux usagers de drogues en prison

La **note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001** a établi les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites (alcool et tabac) ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle vise à favoriser une meilleure organisation des modalités d'intervention locale, associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable nommément désigné dans chaque établissement. Les objectifs poursuivis par cette réorganisation sont : le repérage des usagers dépendants, un suivi adapté aux besoins de la personne détenue, et la capacité à orienter et favoriser l'insertion des détenus dépendants à la sortie de prison. En outre, **la circulaire DGS/DHOS du 30 janvier 2002** relative à la primo-prescription de méthadone en établissement de santé permet dorénavant aux médecins des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et aux équipes des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) intervenant en milieu pénitentiaire d'initialiser ce type de traitement.

La dernière enquête disponible sur la population carcérale montre qu'environ 60 % des entrants en prison présentent un problème liés à la consommation d'alcool et / ou de drogues illicites et nécessitent une prise en charge adaptée (Mouquet et al. 1999).

Parmi les 185 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; des centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) ont été ouverts dans seulement 3 établissements pénitentiaires. Les Conventions départementales justice-santé (CDO), signées par le Préfet et le Procureur de la République dans 96 départements, ont permis de financer des initiatives particulières de sensibilisation en prison, autour des risques liés à l'alcool, mais également la prise en charge par des structures spécialisées d'environ un millier de détenus alcoolodépendants (Gorgeon C. (ACADIE) et al. 2003).

Néanmoins, tous les détenus se voient proposer à leur arrivée en milieu carcéral une consultation médicale dans les 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 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.

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. Les SPIP ont chaque année ouvert de nouveaux postes de travailleurs sociaux (67 en 1999, 14 en 2000) mais au 1^{er} janvier 2002, on comptait encore seulement un travailleur social pour 100 détenus. Au cours de l'année 2001, près de 10 000 sortants de prison en fin de peine ont été accueillis par les SPIP.

On constate cependant une évolution positive des pratiques médicales hospitalières en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. La première enquête sur les traitements de substitution en milieu carcéral a été effectuée auprès des services médicaux des établissements pénitentiaires en 1998 et laissait apparaître une insuffisance du recours aux traitements de substitution. Les enquêtes un jour donné menées par la DHOS et la DGS en novembre 1999 puis en décembre 2001 permettent d'observer une hausse des prescriptions de traitements de substitution aux personnes détenues (Tortay et Morfini, 1999 ; Morfini et Feuillerat, 2002). L'évolution la plus significative peut se lire dans la chute du taux d'interruption de traitements de substitution, passée de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001. **Ainsi, 12,4 % des entrants étaient sous substitution en 2001. Alors que les détenus en traitement substitutif représentaient en 1999 3,3 % de la population carcérale (2,8 % sous Subutex® et 0,5 % sous Méthadone), ils étaient 5,4 % en 2001.** Parmi les 149 établissements ayant des détenus sous substitution à leur incarcération, 141 n'ont effectué aucune interruption de traitement, soit plus du double d'établissements par rapport à 1999. La DGS et la DHOS font donc le constat d'une amélioration sensible dans le recours aux traitements de substitution entre 1998 et 2001 en milieu carcéral, même si des résistances persistent au sein des équipes médicales de certains sites.

Pour plus de détails sur le dispositif de réduction des risques effectivement mis en œuvre dans les prisons françaises, on pourra se reporter au tableau épidémiologique n°20.

12.2 Alternatives à l'incarcération pour les délinquants toxicomanes

Le système français d'alternatives à l'incarcération ayant été détaillé dans le rapport précédent, ne seront énoncés ici que les principaux nouveaux points.

Les mesures alternatives à l'incarcération s'appliquent à des sujets reconnus coupables et condamnés notamment à une peine avec sursis et mise à l'épreuve ou à un travail d'intérêt général (TIG). Le justiciable peut être obligé de se soumettre à une obligation de soins, sous

le contrôle du Juge d'application des peines (JAP), cette mesure est particulièrement mobilisée quand l'infraction commise est une ILS comprenant un fait d'usage. Le tribunal peut également décider d'un ajournement de peine avec mise à l'épreuve avec la même obligation.

L'usager poursuivi peut également accepter de réaliser un travail d'intérêt général. Il s'agit de tâches non rémunérées, effectuées pour une collectivité, pendant une durée de 40 à 240 heures. Ces peines alternatives sont principalement employées dans les condamnations pour usage illicite ou pour détention et acquisition de stupéfiants.

Le suivi de ces peines alternatives 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, les structures sociales, médicales ou autres, qui permettront l'application des obligations de soins prononcées, qui se substituent à une peine d'emprisonnement.

Pour la mise en application des alternatives à l'incarcération, se reporter à la section 4.2.

12.3 Evaluation et formation

a) Evaluation

L'évaluation du plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances démontre que conformément aux objectifs annoncés, « *la diminution des poursuites, comme celle des condamnations à l'emprisonnement ferme pour l'infraction d'usage de stupéfiant montre un recul de la logique purement répressive* » (Setbon et al. 2003). Cependant, du fait de l'absence de données statistiques nationales détaillées sur les suites judiciaires données aux interpellations comprenant un fait d'usage, il n'est pas possible de tirer des conclusions solides sur la systématisation de l'orientation sanitaire et sociale alternatives aux poursuites ou à la sanction en cas d'usage de drogues.

Sur la période 1998-2001, la prise en charge des détenus, bien qu'en voie d'amélioration, reste parfois insuffisante comme le montre en particulier l'inégale mise en place de la substitution. Néanmoins, lorsque la collaboration entre les partenaires concernés est effective et que les traitements de substitution s'inscrivent dans une prise en charge globale des toxicomanes incarcérés, on observe des progrès en termes de réduction des risques mais également le travail de fond mené avec ces patients en milieu carcéral.

Les recommandations stratégiques de l'évaluation du plan triennal sur ce point se sont concentrées sur trois axes (Setbon et al. 2003) :

- assurer une prise en charge sanitaire dès l'entrée en prison et un suivi pendant la période de détention – et non seulement au seuil de la sortie ;
- rechercher des modalités d'exécution de la peine qui, pour les courtes peines, puissent faire prévaloir la prise en charge sociosanitaire et le traitement sur l'incarcération ;
- faire en sorte que la mise en œuvre de la réduction des risques et des dommages en détention ne se limite pas à une politique de substitution.

La direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) ont financé en juin 2001 une enquête épidémiologique sur la santé mentale de la population pénitentiaire connue des SMPR, confiée au Groupe français d'épidémiologie psychiatrique. Celle-ci fait apparaître que les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (drogues illicites ou alcool) concernent plus de 40 % des sujets. Quand ils sont diagnostiqués, ces troubles addictifs sont le plus souvent considérés comme importants (sur une échelle : modérés, moyens, importants). Parmi les mineurs, 15 % de ceux qui présentent des troubles déclarent un suivi antérieur par un dispositif de lutte contre la toxicomanie.

b) Formation

Une grille standardisée de repérage des abus et des dépendances aux substances psychoactives (dite grille « minigrade ») a été élaborée à l'attention des personnels médicosociaux intervenant en milieu pénitentiaire. L'organisation de sessions de formation régionales à l'application de cette grille a été confiée aux agences d'hospitalisation, chargées de « former des formateurs » appelés ensuite à relayer l'information localement : environ 376 personnes à former ont été identifiées dans 185 établissements pénitentiaires. On ne pourra connaître le nombre d'établissements ayant effectivement mis en place le « minigrade » que lorsque les formations et sa mise en œuvre auront eu lieu. La généralisation de cet outil de diagnostic dans l'ensemble des établissements pénitentiaires devrait pouvoir permettre un suivi centralisé des détenus toxicomanes (Setbon et al. 2003).

13. Démarche qualité

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a indiqué dans son programme de travail 2003 l'organisation d'une « Conférence de consensus »²⁷ sur les modalités de traitement de substitution aux opiacés (à la demande de la Fédération française d'addictologie, de la DGS et de la CNAMTS). A ce jour, aucun résultat n'a été rendu.

Dans le cadre de l'évaluation globale du plan triennal 1999-2002, la politique de prévention, le dispositif de RRD liés à la consommation de substances psychoactives en milieu festif, le dispositif de RRD chez les usagers de drogues les plus marginalisés, la formation des professionnels ainsi que la politique pénale à l'égard des usagers ont été évalués au regard des objectifs posés par le plan triennal et de leur degré de réalisation à la fin de la période (Setbon et al. 2003). En fonction des résultats de l'évaluation, des recommandations stratégiques (en vue de l'élaboration d'un prochain plan de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances) et opérationnelles (en vue de l'évaluation du prochain plan) ont été faites par l'équipe d'évaluation.

On pourra également se reporter aux sections 9, 10, 11, 12 pour connaître quelques résultats de cette évaluation et à la section 14 pour connaître la méthodologie adoptée.

²⁷ Une Conférence de Consensus est une méthode d'élaboration de recommandations médicales et professionnelles visant à définir une position consensuelle dans une controverse portant sur une procédure médicale, dans le but d'améliorer la qualité des soins. Cette démarche se fonde sur la réunion d'un jury appelé à faire, sur un thème donné, la synthèse des données scientifiques présentées par des experts et débattues publiquement, en répondant à des questions prédéfinies. L'ANAES assure la diffusion des Recommandations auprès des cibles concernées.

PART 4 : QUESTIONS CLES

14. Evaluation des stratégies nationales en matière de drogues

14.1 Existence de l'évaluation

Depuis la loi de 1970 incriminant l'usage de drogue en France et en dépit de multiples évolutions législatives, sociales et sanitaires, la **politique de lutte contre la drogue en France n'avait jamais été évaluée**. Une tentative initiée en 1993 s'était soldée par un échec. Ainsi, depuis plus de trois décennies d'action publique face aux drogues, rien ou presque n'avait permis de rendre compte de ce qui avait été réalisé à l'aune de ce qui était attendu pour réduire les multiples problèmes entraînés par l'offre et la demande de produits psychoactifs.

Le « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) » (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie [MILDT], 1999), adopté en juin 1999, **a opéré une rupture volontaire avec cette attitude** en préconisant une action à deux niveaux. Le premier niveau consistait à conduire une approche globale d'évaluation des politiques publiques **inscrite dans la durée du plan triennal** ; le second à mettre en place, développer et diffuser une capacité d'expertise en évaluation. Cette approche globale était présumée servir l'action publique contre les drogues et en favoriser l'acceptabilité sociale. Pari qui se fondait sur la conscience de la nature imparfaite de l'action publique et sur la capacité de l'évaluation à l'améliorer. Intégrer et installer l'évaluation dans son champ d'action, c'était ainsi accepter la présence d'un regard extérieur dénué de complaisance qui rende compte des insuffisances, voire des erreurs, des programmes lancés. A l'inverse, ignorer l'évaluation ou en repousser la mise en œuvre revenait à considérer qu'il était préférable de se satisfaire des imperfections de l'action publique et du peu de connaissance de ses effets, plutôt que d'en faire apparaître, publiquement, les ressorts.

Le plan triennal dès sa conception prévoyait la mise en place d'un programme d'évaluation des politiques publiques, à partir de la construction d'indicateurs fiables. Il se fixait comme objectif de *« mettre en place un cadre global d'évaluation pour que les mesures du plan triennal fassent l'objet d'une évaluation dans leur ensemble, à partir d'objectifs spécifiques évaluables, c'est-à-dire réalistes, mesurables et limités dans le temps »*.

Par ailleurs, le plan ébauchait les principaux choix méthodologiques pour préparer et mener à bien l'évaluation globale. *« Au regard de ces objectifs spécifiques, la liste des actions, dispositifs et programmes couverts par le champ de l'évaluation sera déterminée en identifiant ce qui relève de l'innovation, de la poursuite ou de l'adaptation de dispositifs anciens. Dans ce plan de travail, des évaluations de dispositifs particuliers pourront être programmées. Leurs résultats seront intégrés dans le cadre de l'analyse globale »*.

En outre, **le plan triennal désignait les pouvoirs publics comme commanditaires de cette évaluation et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies²⁸ (OFDT) comme maître d'ouvrage.** *« Un mandat d'évaluation, élaboré par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et validé en Comité*

²⁸ L'OFDT, Point focal français, est un Groupement d'Intérêt Public créé en mars 1993.

*interministérielle*²⁹, sera confié à l'OFDT ». La validation du mandat d'évaluation est intervenue le 26 septembre 2000, un an après l'adoption du plan. Il précisait les principes de l'évaluation, les domaines d'évaluation prioritaires ainsi que les rôles des parties engagées dans le projet (OFDT, 2000b).

14.2 Méthodologie de l'évaluation

Champ de l'évaluation

Le mandat confié à l'OFDT par le Comité interministériel déterminait notamment le champ de l'évaluation. Pour le délimiter, le mandat s'est inspiré d'**exemples étrangers**, notamment du dispositif d'évaluation mis en place depuis 1991 en Suisse³⁰. L'**« approche globale d'évaluation »** retenue comme méthode de travail pour rendre compte de la réalisation des axes stratégiques définis dans le plan triennal a été renforcée par l'**évaluation de cinq programmes prioritaires et/ou dispositifs spécifiques** :

- les programmes départementaux de prévention (Lefebvre-Naré F. (EVALUA), 2003),
- la démarche interministérielle de formation (Toulemonde J. et al. (C3E-Eureval), 2003),
- le rapprochement de structures spécialisées alcool-toxicomanie en vue d'une prise en charge globale (Sannino N. (CEMKA-EVAL), 2003),
- le programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris (Fayman S. et al. (ACT Consultants), 2003),
- les conventions départementales d'objectifs santé-justice (Gorgeon C. et al. (ACADIE), 2003).

Ces évaluations de programmes prévues dans le cadre du plan triennal ont été dirigées par l'OFDT, en collaboration avec les institutions concernées, et réalisées par des équipes indépendantes sélectionnées par voie d'appel d'offres. Leurs résultats spécifiques sont venus compléter le rapport d'évaluation général (Setbon et al. 2003).

Compte tenu de la multitude des objectifs du plan triennal et de leur nature différenciée, il a été convenu de rendre compte de l'état de leur concrétisation, selon des référentiels différents : cohérence entre objectifs et programmes lancés, niveau de réalisation effective ou, dans la mesure du possible, degré d'efficacité. Autrement dit, la fonction de l'évaluation a été de vérifier et de rendre compte, après 3 ans de mise en oeuvre, dans quelle mesure une action préconisée a permis d'avancer dans l'atteinte (toujours partielle) de « l'objectif final » auquel elle était censée contribuer.

Quels que soient les niveaux de réalisation et les effets dont l'évaluation a pu rendre compte, un certain nombre d'**éléments-clés communs aux huit axes** ont structuré leur présentation :

- la **problématique** autour de laquelle s'organise chaque axe,
- la **réponse globale telle quelle est formulée par le plan triennal** soit de façon explicite, ou bien reconstruite à partir des objectifs qui apparaissent y concourir,
- les **objectifs opérationnels**,
- enfin, l'**évaluation proprement dite**, fondée sur les données disponibles, concernant un ou plusieurs référentiels de l'évaluation (cohérence, effectivité, efficacité, ou plus

²⁹ Depuis 1982 une coordination de l'action gouvernementale concernant les problèmes de drogue a été mise en place. Le comité interministériel (Ministres), réunissant les ministères concernés par cette question sous l'autorité du Premier Ministre, définit la politique à mener en la matière. La MILDT (qui a connu plusieurs appellations) est chargée de préparer la réflexion du comité interministériel et d'assurer la coordination de la mise en oeuvre des décisions prises.

³⁰ En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie.

- souvent, mesure d'impact), et s'attachant à décrire les effets constatés et les conclusions qu'il est possible d'avancer à échéance de trois années ;
- chaque axe se termine par des **conclusions** qui synthétisent les principaux constats et énoncent des **recommandations** susceptibles de résoudre les problèmes rencontrés.

Une **présentation rapide des huit axes** permet d'en visualiser les contenus :

Axe 1. Connaître, savoir et comprendre
Axe 2. Communiquer et informer : créer et promouvoir une culture de référence commune sur les produits psychoactifs
Axe 3. Systématiser la prévention et élargir son champ aux produits licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes)
Axe 4. Réduire les risques et les dommages
Axe 5. Accueillir, orienter, soigner, insérer
Axe 6. Réaffirmer les objectifs de la politique pénale à l'égard des usagers
Axe 7. Réaffirmer la priorité de la lutte contre les trafics
Axe 8. Renforcer l'action extérieure de la France.

Portée de l'évaluation

Conformément au mandat d'évaluation, l'évaluation réalisée n'avait pas vocation à porter un jugement sur la pertinence des objectifs qui structurent la politique publique de lutte contre les drogues. Elle visait à rendre compte de la contribution des actions et programmes à l'atteinte des objectifs affichés, tout en identifiant ce qui pouvait faire défaut à leur pleine réalisation. De même, l'évaluation menée s'est gardée de formuler un jugement sur les acteurs de l'action publique : la nature même de l'intervention publique dans le domaine des drogues et son extrême atomisation rendaient illusoire de pouvoir imputer à l'acteur de coordination (la MILDT) une responsabilité, globale et sectorielle, dans les changements ou les points d'inertie identifiés. Il s'est donc agi pour l'essentiel d'une **mesure d'effectivité des objectifs et des moyens affectés à la lutte contre les drogues**.

En effet, l'évaluation montre que malgré ses efforts, la MILDT n'apparaît pas en mesure de contribuer à la réalisation des objectifs visés avec un égal degré d'effectivité, condition préalable à une quelconque efficacité. A l'aune du chemin accompli au bout de trois années, il est possible de représenter le **champ d'action de l'acteur interministériel selon trois cercles concentriques illustrant différents niveaux d'engagement et d'imputabilité** en fonction de ses modes d'action.

Le premier cercle, le plus proche du centre représenté par la MILDT, couvre le champ où son action prend la forme d'un **pilotage en direct** : c'est le domaine où sa capacité de maîtrise des éléments nécessaires à l'action lui permet de jouer à la fois le rôle de maître d'ouvrage et d'acteur central, celui où son engagement apparaît le plus productif (par exemple dans le domaine des actions visant à créer une culture commune sous forme de campagnes en direction de la population générale). Le second cercle d'action correspond à un champ relevant d'un **pilotage contractuel** : il inclut les actions où la présence interministérielle est réelle, mais réduite pour l'essentiel à une allocation de ressources, sans moyens de peser sur le terrain de l'action ou de faire évoluer les comportements des acteurs (c'est le cas de l'action interministérielle dans le domaine de la recherche, des programmes départementaux de prévention et des conventions départementales d'objectifs justice-santé). Enfin, le troisième cercle, le plus lointain, est celui du **pilotage par une coordination formelle** : il englobe toutes les actions qui échappent au volontarisme de la MILDT et à ses incitations, illustrant les limites de la fonction de coordination face à des acteurs autonomes, disposant de ressources et de registres d'action répondant à des enjeux spécifiques (répression, justice, action internationale).

Cette représentation analytique en trois cercles de l'action interministérielle porteuse du plan triennal permet de porter un regard à la fois rétrospectif et prospectif sur la **stratégie d'une programmation non sélective**. En effet, l'évaluation montre que des priorités d'action existent, mais elles ne sont visibles que *ex post* : elles émergent, plus qu'elles ne sont la conséquence de choix pré-établis et auxquels sont affectées les ressources *ad hoc*. Ce constat pousse à s'interroger sur les bénéfices et les risques de chacun de deux modèles : celui des priorités définies *ex ante*, ou celui des priorités déterminées au fil d'un programme d'action. Cette interrogation va de pair avec un besoin de réflexion sur le contenu opérationnel attendu d'un ensemble de mesures interministérielles.

Soulignons néanmoins que les difficultés identifiées dans l'évaluation du plan ne permettent pas de condamner le programme et la stratégie qui le fonde : il convient de ne pas minimiser les apports de la démarche en termes de connaissances et de méthode. Malgré ses limites, elle constitue un premier pas dont la modestie reflète bien plus les difficultés générales auxquelles l'évaluation est confrontée, que la marque de son inutilité. Elle a permis d'illustrer, en pratique, le fait que pour juger de la validité d'un programme, il faut, en plus du recul nécessaire, utiliser un appareillage méthodologique capable d'en isoler les différentes variables et pouvoir mesurer ses impacts propres en les comparant à la situation de départ.

Rôles des acteurs de l'évaluation

L'évaluation du plan triennal a été commanditée par le **gouvernement** représenté par le comité interministériel³¹ (au niveau des ministres). Dans un second temps, les **administrations ministérielles** regroupées au sein d'un comité permanent interministériel³² dont la présidence est assurée par la **MILDT**, ont adopté le mandat d'évaluation ainsi que le référentiel (ou théorie d'action) de l'évaluation du plan triennal (OFDT, 2000c). Cette instance a eu pour rôle d'assurer le lancement de la démarche et de garantir l'utilisation des résultats.

Le déroulement de cette dernière étape a été perturbé par le changement de conjoncture politique qui a marqué l'entrée dans une période d'incertitude au moment de la finalisation du rapport général d'évaluation. La présentation des résultats a été faite finalement lors d'une séance spéciale de restitution, en juin 2003, auprès des conseillers techniques des cabinets ministériels concernés. Ceux-ci se sont saisis de l'étude et de ses conclusions. Les commanditaires ont défini les modalités de la diffusion du rapport général, prévue pour août 2003.

S'agissant des évaluations spécifiques, pour celles qui ont été finalisées avant le changement du gouvernement, la présentation des résultats et des conclusions ainsi que l'élaboration des recommandations ont eu lieu au sein du comité permanent interministériel. En concertation interministérielle, la MILDT a activement participé au processus, en concourant à la définition du cahier des charges des évaluations spécifiques ainsi qu'à leur suivi. La Mission interministérielle a été systématiquement représentée dans les comités de pilotage *ad hoc* des évaluations spécifiques, au même titre que les principaux ministères concernés par les objets évalués. Ces instances, présidées par l'OFDT, ont en outre été chargées d'élaborer les recommandations induites par les résultats d'évaluation.

L'**OFDT** a été le maître d'ouvrage de l'évaluation du plan gouvernemental 1999-2002. Son investissement nouveau dans l'évaluation des politiques s'est traduit par la création d'un dispositif spécifique d'évaluation. Celui-ci est constitué d'une équipe permanente de trois

³¹ Le décret n°99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention de dépendances et à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie définit la composition du comité interministériel. Il comprend, sous la présidence du Premier Ministre, les ministres et les secrétaires d'Etat chargés de vingt ministères. Le secrétariat est assuré par le secrétariat général du Gouvernement. Le président de la mission est le rapporteur général du comité interministériel.

³² Selon le décret n°99-808 du 15 septembre 1999 mentionné précédemment, le président de la mission interministérielle dispose d'un comité permanent, dont il assure la présidence. Le comité permanent comprend un ou plusieurs représentants de chacun de ministres et secrétaires d'Etat. D'autres ministres ou secrétaires d'Etat peuvent être appelés à s'y faire représenter, selon les questions inscrites à l'ordre du jour.

chargés d'études (regroupés au sein du pôle « **Evaluation des politiques publiques** ») et d'une commission spéciale de quatre experts du collège scientifique de l'Observatoire, dite **commission « Evaluation »**. Le caractère novateur et complexe de ces travaux a requis, aux différentes étapes du projet, une collaboration étroite entre ces intervenants, coordonnée par le directeur de l'OFDT. Le pôle « Evaluation des politiques publiques » a conduit le pilotage méthodologique des évaluations menées de 2000 à 2002 dans le cadre de l'évaluation du plan gouvernemental. Il a assuré ces travaux en lien avec la commission « évaluation » tout comme ceux directement reliés à l'évaluation : la structuration de l'évaluation, la collecte des données et leur mise en forme.

L'OFDT étant directement concerné par les orientations interministérielles sur la recherche, la **responsabilité scientifique** de l'évaluation du plan gouvernemental 1999-2002 a été assumée par la **commission « Evaluation »** qui jouissait d'une entière indépendance vis-à-vis des commanditaires. A ce titre, elle a validé la méthode et le contenu de l'ensemble des travaux réalisés au titre de cette évaluation et est signataire du rapport final. Ses membres (deux sociologues, un économiste et un magistrat) ont élaboré les conclusions et recommandations de l'évaluation en question.

Outils d'évaluation

Le dispositif d'évaluation s'est doté d'outils de structuration et de contrôle « qualité » aux différentes étapes de la démarche d'évaluation (tableau 30).

Les évaluateurs ont exploité un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées sur la période 1999-2002. La liste de ces nombreuses sources d'information se résume comme suit :

- les quatre évaluations prioritaires du mandat d'évaluation portant sur : Conventions départementales d'objectifs Justice-Santé (CDO) ; politique interministérielle de formation des professionnels ; programmes politiques départementaux de prévention des dépendances ; expériences de rapprochement des structures spécialisées pour une prise en charge globale des conduites addictives ;
- les évaluations de dispositifs particuliers : Dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés (Setbon et De Calan, 2000) ; dispositif des « unités pour sortants de prison » (Rotily et al., 2001) ; dispositif pilote de lutte contre les toxicomanies dans le 18^e arrondissement de Paris ; état des lieux sur l'application des dispositions de la loi Évin (1991) relative à la lutte contre le tabagisme en milieu scolaire (Karsenty et Diaz Gomez, 2003) ;
- diverses enquêtes en population générale sur les prévalences de consommations (jeunes et adultes) et enquêtes sur les représentations sur les usages de drogues et les politiques susceptibles de les réduire ;
- les nombreux bilans d'activité et études sur les dispositifs publics de lutte contre les drogues réalisés par les services publics concernés, en outre la MILDT et les services ministériels liés aux domaines suivants : addiction, hôpitaux et œuvres sociales, éducation nationale, intérieur, finances, douanes, justice ;
- des études et rapports spécifiques réalisés par les structures publiques productrices de données traitant de la problématique des drogues, tels la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité), l'INSERM et l'OFDT ;
- des rapports parlementaires et rapports d'instances nationales d'audit (Cour de comptes et Inspection générale des affaires sociales) ;
- la base de données « APPRE » sur les actions de prévention des dépendances (années 1999 et 2000).

Tableau 30 : Outils et instances de structuration exploités par l'OFDT dans le cadre de son mandat d'évaluation

Evaluations spécifiques du mandat d'évaluation	Evaluation globale du plan gouvernemental
Outils et instances de structuration	
<p>Pour chaque évaluation, chronologiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cahiers des charges détaillés, comprenant en particulier : <ul style="list-style-type: none"> - liste de questions-clés d'évaluation, définies en étroite collaboration avec les institutions publiques concernées ; - spécifications méthodologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référentiel d'évaluation : théorie d'action du plan gouvernemental (2000). Il réorganisait les objectifs du plan gouvernemental – nombreux et de statuts différents – en identifiant de façon synoptique, pour chaque axe politique, leur enchaînement et l'objectif global auquel ils contribuaient. ▪ Grille exhaustive d'identification des objectifs du plan gouvernemental, des critères d'évaluation associés (évolution attendues, quantifiées ou non par le plan), de leur indicateurs et des sources d'information potentielles correspondantes (2002). ▪ Théorie d'action de l'évaluation sur la base des deux outils précédents (2002).
Outils et instances de contrôle de la qualité des études	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité technique de sélection (experts du collège scientifique de l'OFDT, notamment de la commission « Evaluation » ou experts externes, selon le domaine de compétence) des évaluateurs externes ▪ Comité de pilotage <i>ad hoc</i> pour suivi des recherches à partir des rapports intermédiaires ▪ Comité technique de validation des études et exploitation d'une grille interne d'appréciation des rapports d'évaluation³³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commission « Evaluation » du collège scientifique de l'OFDT

L'identification des indicateurs-clés s'est faite, entre janvier et juin 2002, lorsqu'il s'est agi de collecter les informations en vue de rédiger un rapport et d'identifier leurs sources potentielles. L'équipe d'évaluation a conscience des limites de cette organisation. Hormis les champs prioritaires d'évaluation – pour lesquels des outils de collecte *ad hoc* ont été construits – les nombreux secteurs d'intervention ont été évalués à partir d'informations produites indépendamment du processus d'évaluation de l'OFDT. Ainsi, le travail des évaluateurs s'est heurté plusieurs fois à l'absence de données ou à leur discontinuité, tant au plan qualitatif (catégories statistiques différemment définies selon les diverses sources retraçant les composantes d'une même réalité) que temporel. Mais, il faut convenir ici que le système a souffert de sa nouveauté. Le calendrier – rappelons en outre que le mandat d'évaluation a été ratifié à l'automne 2000 – bridait l'espoir d'une évolution concertée et opportune des systèmes d'observation. De plus, le dispositif d'évaluation ne bénéficiait pas des leviers nécessaires pour résorber ces lacunes. Pour un nouvel exercice, le dispositif d'évaluation serait probablement construit sur des bases différentes.

Pérennité de la démarche

L'évaluation ici décrite s'est inscrite dans la durée du plan triennal 1999-2002.

³³ Grille inspirée des outils créés dans le cadre du programme « MEANS » de la DG XVI de la Commission européenne (programme SEM 2000). Les critères : satisfaction des demandes, adéquation de la méthodologie, fiabilité des données, solidité de l'analyse, crédibilité des résultats, impartialité des conclusions, clarté du rapport.

Les principales étapes du calendrier de l'évaluation ont été les suivantes :

Étapes majeures	Principaux documents produits	Date de début	Date de fin
Définition de la commande	➤ Mandat d'évaluation	Janvier 2000	Février 2000
Clarification de l'objet de l'évaluation	➤ Référentiel ou théorie d'action du plan triennal 1999-2001	Mars 2000	Septembre 2000
En vue de préparer la collecte des données « primaires ³⁴ » sur la base d'un nombre réduit d'évaluations spécifiques	➤ Cahier des charges ➤ Rapport intermédiaire ➤ Rapport final : conclusions et recommandations	Octobre* 2000	Septembre** 2002
En vue de préparer la collecte des données « secondaires ³⁵ » à l'appui de trois outils méthodologiques	➤ Révision de la théorie d'action initiale (adoptée en interministériel en septembre 2000) et adaptations ➤ 1er tableau méthodologique : mise à plat des objectifs globaux et spécifiques, des critères d'évaluation (niveau global et spécifique) et des indicateurs globaux (si disponibles) et spécifiques ➤ 2ème tableau méthodologique : description de caractéristiques des indicateurs (définitions, niveau à atteindre, sources d'information disponibles)	Février 2002	Juin 2002
Analyses	➤ Rédaction de différents volets du rapport général d'évaluation et finalisation	Juillet 2002	Octobre 2002
Définition de conclusions et de recommandations	➤ Elaboration de conclusions et de recommandations spécifiques aux différents volets du rapport général d'évaluation ➤ Formulation de principaux enseignements de l'évaluation pour mieux intégrer l'évaluation dans la préparation du prochain plan de lutte contre les drogues	Novembre 2003	Mars 2003
Diffusion de résultats auprès des commanditaires	➤ Présentation des résultats d'évaluation en interministériel (auprès de conseillers techniques de différents cabinets ministériels concernés par la problématique « drogues » et la présidence de la MILDT)	5 mai 2003	
Publication large de résultats	➤ Collection tirée à 1300 exemplaires comportant le rapport général de l'évaluation du plan triennal 1999-2002 et les cinq rapports des évaluations spécifiques	Avril 2003	Juillet - Août 2003

* Date de lancement de la première étude spécifique - ** Date de finalisation de la dernière étude spécifique

³⁴ On entend par « données primaires » les informations recueillies directement sur le terrain, grâce à une enquête réalisée par l'équipe d'évaluation auprès des publics concernés par l'intervention. Les données primaires s'ajoutent aux données déjà disponibles au début de l'évaluation (données de suivi, statistiques, recherches passées, etc.).

³⁵ Il s'agit des informations préexistantes, rassemblées et interprétées par l'équipe d'évaluation.

Comme souligné précédemment, il s'est agi d'une première expérience dans la matière depuis plus de trois décennies de mise en application de la loi de 1970 incriminant l'usage de drogues en France. Elle a résulté, à la fois d'une forte volonté politique sur cette période et d'un investissement important des experts mobilisés.

La continuité de cette démarche dépendra probablement de l'intérêt que les nouveaux décideurs de la politique de lutte contre les drogues lui porteront. Le rapport général d'évaluation, élaboré par l'OFDT et la commission évaluation de son collègue scientifique mettait en évidence l'importance que revêt l'intégration de l'évaluation tout au sein même du processus politique, **dès l'étape de préparation**. Les mois à venir nous permettrons de vérifier la mise en pratique de ces recommandations.

Utilisation des résultats d'évaluation

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le dispositif d'évaluation mis en place dans le cadre du plan triennal répondait à une demande précise des pouvoirs publics. La commande avait été définie dans le mandat d'évaluation qui soulignait : « *L'évaluation doit permettre d'améliorer le déroulement du Plan Triennal actuel mais elle fournira également des informations relatives à la préparation du prochain plan* ».

En faisant le constat que, au niveau de l'ensemble des mesures du plan ces objectifs étaient trop ambitieux, le programme d'évaluation prévoyait la réalisation d'un nombre limité d'études. Dans ce cas de figure s'inscrivent les évaluations spécifiques mentionnées précédemment (CDO, volet de formation, plan départementaux de prévention de dépendances, dispositif du 18ème arrondissement de Paris, etc.). Ces investigations devaient permettre de répondre, d'une manière approfondie, à certaines questions que les commanditaires des administrations centrales définiraient lors de la préparation de chaque évaluation. Pour chaque évaluation, un comité de pilotage composé de différentes administrations concernées, a été mis en place. Sa composition pluraliste visait à assurer la représentativité des points de vue. En outre, pour garantir la prise en compte de l'ensemble des préoccupations des participants, les travaux des équipes externes et du comité de pilotage ont été suivis par l'OFDT. Le dispositif d'évaluation mis en place répondait avant tout à un souci d'accroissement de l'utilisation de résultats des évaluations. Afin de faciliter l'appropriation des résultats, la restitution des conclusions et la formulation des recommandations, se sont faites, dans la mesure du possible, dans le cadre des comités de pilotage élargis à d'autres acteurs potentiellement concernés par les sujets débattus.

Parmi les évaluations prioritaires, trois ont fait l'objet d'une restitution directe à la présidence de la MILDT le 25 juillet 2002, en présence des équipes d'évaluation et de l'OFDT³⁶. La présidente de la MILDT de l'époque a fait valoir l'intérêt de la démarche. Les recommandations formulées par les évaluateurs et les pistes de réflexions avancées dans le rapport ont été argumentées et discutées. Cette association est un indicateur flagrant de l'intégration directe des résultats de l'évaluation au processus de décision publique.

Néanmoins, la conduite de cette démarche évaluative s'est heurtée à plusieurs difficultés :

- l'absence d'équipes d'évaluation spécialistes des politiques publiques contre les drogues ;
- des attentes souvent trop ambitieuses de la part des commanditaires ;
- une confusion récurrente entre les notions de pertinence, d'effectivité et d'efficacité dans l'esprit des commanditaires de l'évaluation ;

³⁶ Il s'agit des évaluations relatives au volet formation du plan triennal, aux conventions départementales d'objectifs justice-santé et aux programmes départementaux de prévention, toutes les trois présentées à la MILDT entre juin et juillet 2002.

- un déphasage entre le calendrier de la mise en œuvre et celui de l'évaluation.

Globalement, la connaissance des effets réels de l'action publique semble avoir progressé, à défaut d'avoir été systématisée. La MILDT s'est saisie des évaluations produites, ce qui pourrait constituer, prochainement, un nouveau levier pour l'action publique.

14.3 Enseignements pour un futur exercice d'évaluation

A l'issue de cette première expérience, les évaluateurs ont formulé un ensemble de recommandations visant à préparer l'évaluation des futurs plans, qui peut être résumé comme suit :

- **Identifier les problèmes auxquels doit répondre l'action publique et définir, explicitement et sans ambiguïté, les objectifs** stratégiques (à long terme) et opérationnels de la politique publique susceptibles de les réduire.
- **Centrer l'action publique sur des objectifs prioritaires et réalistes.**
- **Définir explicitement les concepts** – qui plus est s'ils sont nouveaux – qui sont au cœur des axes politiques énoncés, en précisant **leurs modalités concrètes d'application** afin de favoriser la mise en œuvre effective des réalisations nécessaires à l'atteinte des objectifs. Il s'agit de traduire les orientations politiques dans un langage de programmation.
- **Traduire sous forme de programmes et de mesures pertinents** les objectifs préalablement définis en décrivant les publics visés et les moyens nécessaires (réglementaires, administratifs, humains et financiers) affectés à la mise en œuvre des programmes.
- **Décrire les critères de réussite des objectifs** (par rapport à une référence objectivée).
- **Vérifier la complémentarité du pool d'objectifs définis** (renforcement mutuel en évitant les contradictions).
- **Assurer un système d'information longitudinal de qualité**, basé sur un nombre limité d'indicateurs de moyens, de réalisation et de résultat, sensibles et actualisés. Pour cela, identifier ces indicateurs dès la définition des programmes afin d'identifier les éventuelles révisions qu'il serait d'apporter aux systèmes d'information existants. Se doter des ressources nécessaires (en personnel et en moyens financiers) qui garantissent le recueil des informations et leur exploitation en évitant le recours à des catégories statistiques différentes ou faiblement articulées entre les différents services collecteurs.
- **S'assurer de la qualité de la mise en œuvre** en appréciant à mi-parcours comment les acteurs de terrain interprètent les objectifs et les orientations dans leurs pratiques professionnelles et quelles difficultés ils rencontrent.
- **Evaluer systématiquement les programmes expérimentaux**, dont les critères de succès devraient être prédéfinis et les conditions de leur généralisation.
- **Adapter les ambitions de l'évaluation selon les programmes à évaluer.** Les méthodologies capables d'évaluer l'**efficacité** « réelle » d'un programme (l'écart constaté par rapport à ce qui se serait passé en l'absence du programme) et celles liées à l'analyse de l'**efficience** (coût/efficacité) sont coûteuses et rarement faisables pour un programme ou une politique à l'échelle nationale. Leur usage devrait être réservé aux évaluations de programmes expérimentaux (innovants) ou, spécifiquement pour l'efficience, aux programmes de moindre envergure.

- **Développer les ressources et les compétences** pour promouvoir une démarche d'évaluation au niveau déconcentré.

Juin 2003

C. Diaz Gomez, C. Mutatayi, I. Obradovic

OFDT

crdia@ofdt.fr ; camut@ofdt.fr; ivbro@ofdt.fr

15. Problèmes de cannabis: comprendre l'augmentation de la demande de traitement.

De plus en plus d'usagers de cannabis demandent à entrer dans des programmes de traitement en Europe. Analyser les raisons de cette augmentation est d'une grande importance du point de vue des politiques sanitaires. Le but de ce travail est donc d'élaborer les données disponibles au plan national et de les contextualiser afin de permettre une meilleure appréhension des conclusions que l'on peut en tirer. Dans cette perspective, à la demande de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) cinq questions essentielles sont à traiter : Y a-t-il une augmentation de la demande de traitement de la part d'usagers de cannabis ? Quels facteurs doivent être pris en compte pour analyser les données en ce domaine ? Quels sont les profils des personnes demandant un traitement pour des problèmes liés au cannabis ? Quelle est la prévalence des personnes ayant des problèmes avec le cannabis et quels types de problèmes ont-ils ? Quelles sont les interventions spécifiques destinées aux usagers de cannabis ?

15.1 La demande de traitement pour usage de cannabis

Ce chapitre vise à préciser le niveau en France de la demande de traitement liée au cannabis en tant que drogue primaire (seul ou en association), les sources des conseils d'orientation, les motifs de la demande et leurs évolutions, les profils des clients, les changements spécifiques de législation et de modes de consommation qui pourraient expliquer un accroissement de la demande de traitement.

Proportion de patients en traitement pour usage de cannabis en tant que drogue primaire (seul ou en association)

La France ne dispose pas encore de système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen. De 1987 à 1999 les données utilisées étaient issues d'une enquête menée auprès des structures accueillant des usagers de drogues (enquête obligatoire pour les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST) pendant un trimestre (4^{ème} trimestre) puis pendant un mois seulement (novembre) par le service statistique du ministère chargé de la santé (SESI-DGS puis DREES). Cette enquête a été abandonnée en 1999 sans avoir été remplacée à ce jour. En revanche le Décret de 1992 régissant les CSST leur fait obligation de fournir chaque année un rapport d'activités standardisé (transmis depuis 1998 au ministère de la santé), disposition reprise dans le décret du 26 février 2003 (n° 2003-160 – NOR : SANP0320261D). Les informations recueillies dans ces rapports standardisés ou « rapports-type » des CSST permettent de décrire de façon sommaire les patients pris en charge dans l'année.

Les données actuelles s'appuient donc sur les rapports standardisés des CSST, les derniers chiffres disponibles portant sur 2001 (DGS et OFDT, 2002). Dans ces rapports, les données sont fournies pour l'ensemble des patients vus dans l'année et non patient par patient, ce qui ne permet pas de fournir des données croisées. Les données issues des rapports d'activités ont cependant l'avantage d'être établies sur une période annuelle, ce qui améliore leur comparabilité au plan européen. En dehors des CSST, seule l'enquête TREND³⁷ (Bello et al. 2002) permet d'avoir quelques informations sur les usagers fréquentant les structures « bas-seuil » (« boutiques » et programmes d'échange de seringues) ou les hôpitaux (groupes

³⁷ TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues, mis en place en 1999 par l'OFDT. L'objectif du dispositif TREND est de fournir des éléments de connaissance sur les usages et sur les usagers de drogues illicites de faible prévalence ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Le dispositif de recueil d'information s'appuie sur 3 catégories de sources d'information : des systèmes de collecte TREND (réseau des sites TREND, système SINTES, la veille média) ; des investigations spécifiques et des systèmes d'informations partenaires.

focaux). On ne dispose, en revanche, d'aucune information concernant les demandes de soins formulées par des usagers de cannabis auprès de médecins libéraux.

Cela étant précisé, il apparaît que la part prise par le cannabis n'a cessé de croître quant à la demande de traitement³⁸ en CSST entre 1998 (17,5 % de toutes les demandes) et 2000 (24 % des demandes) pour se stabiliser en 2001 : données portant sur 53 000 patients reçus au cours de l'année 2000, environ 50 000 en 2001 (données validées pour 32 000 dossiers environ).

Rappelons que dans les dernières enquêtes « DGS / DREES » disponibles, 1997 et 1999, on relevait également une augmentation : 15,5 % des demandes de traitement en tant que produit primaire au cours du dernier mois écoulé en 1999 contre 12,7 % en 1997 (sur 18 075 patients en 1997 et 19 564 en 1999) (Palle et Tellier, 1998 ; Tellier, 2001). Il est à souligner que ce niveau (environ 3 300 recours aux soins en 1999 contre 948 en 1989) n'avait jamais été atteint depuis la création de cette enquête à la fin des années 1980.

Il apparaît ainsi que sur la période 1998 à 2001, la demande de traitement relative au cannabis n'a cessé de croître, et que cette tendance prolonge une évolution déjà constatée dans l'enquête de novembre entre 1997 et 1999 (tableau 31). Au total l'augmentation a donc été de l'ordre d'un doublement en 5 ans. Les demandes relatives au cannabis concernent désormais environ 30 % des nouveaux consultants (nouveaux dans l'année en cours).

Tableau 31 : Produits à l'origine de la prise en charge dans les CSST (en % du nombre de patients et de nouveaux patients pris en charge)

Année (effectif ensemble des patients, dossiers validés)	1998 n = 22 827	1999 n = 21 436	2000 n = 32 398	2001 n = 31 938
Cannabis (/ens. patients) (%)	17,5	21,5	24,0	23,2
Effectif de nouveaux patients	n = 11 687	11 361	17 097	16 619
Cannabis (/nouveaux patients) (%)	24,2	26,7	27,5	28,9

Source : DGS et OFDT, 2002

Signalons pour mémoire que dans les structures « bas-seuil » (enquête TREND/OFDT 2001, 799 patients inclus), les niveaux de consommation au cours des 30 derniers jours sont les plus élevés pour le cannabis : 82 %, contre 23 % pour l'héroïne et 39 % pour la cocaïne. Mais ce travail ne permet pas de préciser les consommations à l'origine de la demande d'aide ni de dégager des tendances. De même l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse, CEIP) qui est renouvelée chaque année au mois d'octobre dans des centres d'enquête (CSST en particulier, 80 centres en 2001) porte sur les consommations présentes de sujets pharmacodépendants (2 858 inclusions en 2001). Le cannabis fait l'objet d'une sous-déclaration notoire dans ce type d'enquête pour des raisons qui seront développées ultérieurement mais il convient néanmoins d'observer une tendance à l'augmentation : 4 % des sujets en 1997, 5 % en 1998, 6 % en 1999, 2000 et 2001, 7 % en 2002 (communication personnelle, Professeur Xavier THIRION, CEIP Marseille).

Origine de l'orientation

Classiquement les 3 sources d'orientation de consommateurs de cannabis vers des CSST en France sont les parents de jeunes usagers (souvent mineurs), les services répressifs et la communauté éducative. Les usagers ne font en effet qu'assez rarement ou tardivement une

³⁸ La demande de traitement est comptabilisée l'ensemble des demandes des « patients-individus » ayant fréquenté des CSST pendant l'année en cours. Le terme de recours peut également être utilisé. Les enquêtes « DGS/ DRESS », étant réalisées un mois donné, les niveaux de consommation déclarés portent sur le mois précédent l'enquête et la demande de traitement porte sur le mois écoulé.

demande personnelle de soins pour le cannabis en tant que produit primaire. Ce phénomène est pour l'essentiel lié à une forte distorsion entre la perception des usagers dont les modes de consommation avaient des conséquences modérées sur leur état de santé et celles de l'environnement familial et social généralement beaucoup plus préoccupé.

Pour autant, il ne faut pas perdre de vue que la majorité des usagers s'inscrivent d'eux-mêmes dans une démarche de soins : si en effet l'enquête de novembre 1999 montre que les usagers de cannabis sont toujours, en données relatives, plus nombreux à être adressés par la justice en CSST que les usagers d'opiacés par exemple (24 % des origines de l'admission contre 6 %), il n'en ressort pas moins qu'une large majorité d'admissions se font hors contexte judiciaire avec une démarche volontaire des patients. Leur moyenne d'âge de 25,5 ans (Tellier, 2001) est d'ailleurs plus évocatrice d'une démarche volontaire de jeunes adultes prenant en compte un problème auquel ils sont confrontés que d'une démarche fortement induite par des parents ou des intervenants en milieu scolaire. Pour les premiers recours (première démarche de soins), les caractéristiques sont un peu différentes, les personnes sont plus jeunes (23 ans) et un peu plus souvent adressées par la justice (1/3 des cas), elles semblent donc moins souvent « volontaires », c'est souvent le corps social qui se mobilise.

Motifs de la demande et tendances

En l'état actuel des sources d'information, il est seulement possible de distinguer les motifs judiciaires (alternatives à des sanctions pénales ou administratives) des autres (problèmes psychologiques, sociaux...) sans qu'il soit possible de distinguer plus finement entre ces derniers sinon par l'intermédiaire de données qualitatives (opinion des professionnels, groupes focaux) telles qu'elles sont recueillies dans les enquêtes TREND/OFDT.

Alternatives à des sanctions

En 1999, 24 % des demandes de traitement liées au cannabis (1/3 des premiers recours) étaient donc liées à des contraintes judiciaires (Tellier, 2001). Ces demandes sont secondaires à des mesures judiciaires consécutives à des interpellations pour usage de cannabis qui elles-mêmes ont connu un net développement en France au cours des années 1990. Les interpellations pour usage simple de cannabis représentent en effet 9 interpellations sur 10 pour usage de drogues illicites en France (contre 7 sur 10 au début des années 1990) et n'ont cessé d'augmenter de 1990 (20 000 interpellations environ) à 2000 (74 000 interpellations ; 82 000 au total avec les interpellations pour usage-revente) avec un léger tassement en 2001 (70 000 interpellations au total) (OCRTIS, 2002). Ces usagers ont 21,8 ans en moyenne (données 2000) et ne cessent d'être de plus en plus jeunes en moyenne depuis 1995, alors que les sujets interpellés pour usage de la plupart des autres drogues illicites ont au contraire plutôt tendance à voir leur moyenne d'âge augmenter.

Depuis la circulaire du 17 juin 1999 du Garde des sceaux (NOR : JUSA9900148C), ces interpellations pour usage simple en l'absence de délit connexe ne peuvent plus conduire à des incarcérations mais doivent obligatoirement déboucher sur des mesures alternatives incluant le rappel à la loi ou l'avertissement (environ 80 % des cas en 2001, données provisoires) mais aussi le classement avec orientation sanitaire et/ou sociale (dans environ 15 % des cas, données provisoires 2001 Ministère de la Justice, DACG, Infocentre). Ces dernières mesures s'inscrivent dans le cadre de conventions d'objectifs Santé-Justice (CDO, créées par la circulaire interministérielle du 14 janvier 1993). Celles-ci ont concerné 36 300 personnes en 2001 contre 9 235 en 1999. En 1999, les usagers de cannabis représentaient 71 % du public visé par de telles orientations socio-sanitaires.

Même si le classement sans suite et les rappels à la loi / avertissements restent l'option la plus fréquente, ces mesures d'incitations aux soins ont donc néanmoins contribué à augmenter les recours vers les centres (17,8 % des nouveaux patients –tous produits

confondus- pris en charge en CSST en 2001, contre 16,8 % en 2000, 14,1 % en 1999 et 13,4 % en 1998). Or, ce sont les classements avec orientation (mesures les plus souvent liées à des usages de cannabis) qui ont connu la croissance la plus rapide (6,1 % en 2001 contre 1,4 % en 1998) et qui expliquent l'essentiel de l'augmentation totale des mesures judiciaires d'incitation alors que la part des injonctions thérapeutiques (plutôt liée à l'héroïne) restait stable. Cela incite donc à penser que ces mesures ont contribué à développer les recours aux centres pour des problèmes liés au cannabis. Il est vraisemblable néanmoins que ce phénomène ne peut à lui seul expliquer la totalité de l'augmentation de la demande de traitement relative au cannabis. L'augmentation des recours en CSST est, en effet, également relevée dans des départements (la Gironde par exemple) où les incitations judiciaires concernant l'usage de cannabis ne sont pas orientées vers des CSST mais vers des équipes de prévention généraliste. Elles ne peuvent donc à elles seules expliquer l'augmentation des recours même si elles y contribuent fortement.

Problèmes psychologiques et sociaux chez des jeunes

Ces motifs ne peuvent être clairement distingués avec les moyens d'information actuellement disponibles. Néanmoins les professionnels interrogés à ce propos (groupes focaux TREND, Association nationale des intervenants en toxicomanie-ANIT-, réseau RESTIM) donnent des réponses convergentes. Tous s'accordent à observer une augmentation de la demande de traitement due à des problèmes liés au cannabis. En dehors des demandes « contraintes » déjà mentionnées, les problèmes invoqués par les patients pour motiver leur demande sont principalement les suivants :

- altérations cognitives : troubles de l'attention, de la mémorisation (mémoire de fixation), de la concentration ;
- syndrome amotivationnel avec adynamie ;
- troubles dépressifs ;
- troubles anxieux paradoxaux avec parfois même des idées interprétatives de référence et de menace, volontiers qualifiées de « parano » par les intéressés eux-mêmes ;
- troubles délirants polymorphes avec présence d'éléments hallucinatoires ;
- dépendance : celle-ci peut faire l'objet d'une demande d'aide en soi, en dehors même des causes immédiates mentionnées précédemment, quand par exemple le sujet en prend conscience (spontanément ou grâce à l'insistance de son entourage qui relève le problème) et réclame ce qu'il perçoit comme étant une aliénation insatisfaisante, envahissante, insupportable ou simplement trop coûteuse...

Au plan psychosocial, les éléments d'appel les plus fréquemment cités sont les suivants : désinsertion scolaire ou professionnelle avec retrait social, isolement relationnel, troubles du comportement en cours d'intoxication (agitation anxieuse, irritabilité, levée des inhibitions, « parano »...) ou en période de sevrage.

Profils de patients

Comme nous l'avons vu, les personnes consultant pour des problèmes liés au cannabis se distinguent des usagers d'opiacés consultant en CSST (données 1999 ; Tellier, 2001).

Il s'agit de personnes plus jeunes (25,5 ans en moyenne contre 31,5 ans ; 52 % ont moins de 25 ans contre 13 % des usagers d'opiacés), il s'agit surtout de garçons (82 % contre 76 % pour les usagers d'opiacés), ils sont plus souvent adressés par la justice (24 % contre 6 %). Ils sont plus souvent nouveaux consultants (57 % des cas contre 29 % pour les usagers d'opiacés), la polyconsommation est plus rare chez eux (un deuxième produit - généralement l'alcool - n'est mentionné que dans 40 % des cas contre 60 % pour les opiacés et plus de 70 % pour la cocaïne), 20 % d'entre eux sont élèves ou étudiants (contre 2 % des usagers d'opiacés), 15 % sont bénéficiaires du RMI (contre 31 %), 29 % ont un

emploi (contre 39 %). Même si différents paramètres sont fortement déterminés par l'âge (études, emploi, RMI...), il apparaît globalement que ces personnes ont une socialisation moins altérée que celle des usagers d'opiacés.

Ces particularités sont encore plus marquées pour les premiers recours : ils sont plus jeunes (23 ans en moyenne ; 2 sur 3 ont moins de 25 ans), un tiers sont élèves ou étudiants, un tiers sont adressés par la justice.

Et elles sont encore plus nettes chez les personnes interpellées pour usage de cannabis : elles sont encore plus jeunes (21,8 ans en moyenne en 2000), la proportion de mineurs ne cesse de croître, un tiers sont élèves ou étudiants contre 1 usager interpellé d'héroïne sur 20.

Changements spécifiques dans la législation

Certains changements dans l'application de la législation peuvent avoir joué un rôle dans l'augmentation de la demande de traitement. Ainsi, comme nous l'avons mentionné plus haut, alors que les injonctions thérapeutiques ont été abandonnées dans la plupart des ressorts judiciaires en ce qui concerne le cannabis, le développement récent des alternatives aux poursuites (circulaire de 1999) sous la forme d'injonctions psychosociales dans le cadre des conventions d'objectifs Santé- Justice (CDO) a contribué à une augmentation de la demande de consultations. Il est à noter que l'introduction récente dans le code pénal d'une loi prohibant l'usage de stupéfiants au volant (loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants) et autorisant leur dépistage soit au décours d'accidents soit à titre préventif, devrait à terme conduire à des obligations de consultations voire de traitements sur le modèle de ce qui existe déjà dans le domaine de l'alcool. Mais ces dispositions ne sont pas encore mises en œuvre et n'ont donc pas d'effet à ce jour.

Evolution des produits consommés

Parmi les facteurs pouvant jouer un rôle dans l'accroissement des problèmes liés à des prises de cannabis et donc des demandes de traitement, il convient de ne pas perdre de vue l'augmentation de la teneur en THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) et donc de la toxicité des produits consommés. C'est ainsi qu'un travail (Mura et al. 2001) portant sur 5 152 résultats d'analyse obtenus de 1993 à 2000 sur des produits saisis en France met en évidence depuis 1996 une augmentation des teneurs en THC. La majorité des échantillons évoluent peu (moins de 5 % de teneur en THC pour l'herbe et moins de 10 % pour la résine) mais la nouveauté réside dans l'apparition de produits fortement titrés : en 2000, 3 % des échantillons d'herbe (« skunk ») et 18 % des échantillons de résine (pollen, « haya »,...) contenaient plus de 15 % de THC, il peut même arriver actuellement de saisir des échantillons titrant plus de 30 % alors que la plus forte teneur retrouvée en France jusqu'à 1995 était de 10,6 %. Rappelons au passage à titre de comparaison que les teneurs en THC des échantillons de cannabis (herbe en général) saisis aux USA ont certes triplées entre 1980 et 1997 mais en passant de 1,5 % à 4,5 % « seulement » (El Sholy et al. 2000), ce qui doit amener à pondérer les études sur les effets cliniques de l'usage de cannabis en conditions réelles de part et d'autre de l'Atlantique.

De même, à côté de l'évolution des teneurs en THC, il ne faut pas perdre de vue l'évolution des techniques de consommation, le traditionnel joint cédant volontiers la place à des techniques d'extraction plus puissantes avec des pipes à eau (« brad », « bong », « douilles »).

Evolution de l'identification et de la notification

Un autre élément à prendre en compte dans l'évolution de la demande de traitement relative au cannabis est l'évolution de l'identification des problèmes et de leur notification de la part aussi bien des usagers que des professionnels. En effet la représentation dominante chez beaucoup de professionnels et d'usagers était celle d'une relative innocuité des

conséquences sanitaires et sociales de ces usages si bien que ces problèmes, quand ils étaient repérés, étaient volontiers attribués à des causes strictement psychologiques ou sociales ou encore à des prises d'autres produits consommés bien plus épisodiquement mais connus pour être plus toxiques. Cela conduisait les usagers à ne pas engager de démarches auprès d'un centre de soins spécialisés et, quand ils le faisaient, les professionnels avaient souvent tendance à coter en produit primaire le produit le plus « toxique » et à noter systématiquement le cannabis en produit secondaire (ou même à ne pas le noter du tout comme dans OPPIDUM par exemple).

Or ces représentations ont considérablement évolué en France ces dernières années du fait de l'extension des problèmes qui sont devenus plus évidents aussi bien pour les jeunes que pour les professionnels et aussi de travaux internationaux tels que ceux d'ANDREASSON sur les relations entre cannabis et troubles psychotiques (Andreasson et al. 1987 ; Andreasson et al. 1989 ; Zammit et al. 2002). Il est donc certain que, même si cette tendance ne peut être quantifiée, cette évolution des représentations collectives amène les usagers à mieux identifier le problème, facilite leur démarche de soins vers un CSST lequel cotera plus aisément le cannabis en tant que produit primaire. Cette évolution est donc un élément amplificateur de l'augmentation de la demande de traitement par amélioration de son repérage et de sa notification.

15.2 Prévalence des usages problématiques de cannabis et types de problèmes

Prévalence des usages « lourds », des usages problématiques et de la dépendance

Définitions

Si les définitions de la dépendance retenues en France sont les définitions internationales (CIM 10, DSM IV), il n'existe pas en revanche de définition des usages « lourds » ou « importants » ni même des usages problématiques. Une étude sur ce thème est actuellement en cours menée en collaboration entre le service d'addictologie du Professeur Michel REYNAUD et l'OFDT. Elle permettra précisément de produire des définitions de l'usage problématique et de déterminer les indicateurs qui en découlent. Les résultats devraient en être connus fin 2003. De même, l'analyse de l'enquête ESCAPAD 2002 devrait présenter une étude inédite sur les consommations problématiques. D'ici là, les modes de consommation dans les études de l'OFDT et dans le Baromètre Santé (Guilbert et al. 2001, INPES, exploitation OFDT) sont plutôt différenciés en termes de fréquence de l'usage : abstinence (n'a jamais expérimenté), ancien consommateur (a déjà fumé mais pas depuis 12 mois), consommation occasionnelle (a fumé entre 1 et 9 fois au cours de l'année), usage répété (+ de 10 fois au cours de l'année mais moins de 10 fois le dernier mois), usage régulier (au moins 10 fois lors des 30 derniers jours).

Méthodes et résultats

Pour ces données de prévalence d'usages de cannabis en population générale, les enquêtes les plus pertinentes sont le Baromètre Santé 2000 (Beck et al. 2002a) et les enquêtes ESCAPAD 2000, 2001 et 2002 (Beck et Legleye, 2003a).

Le baromètre santé 2000 a porté sur un échantillon représentatif de la population française âgée de 12 à 75 ans, 13 685 personnes ont ainsi répondu à un questionnaire administré par téléphone. Les enquêtes ESCAPAD sont reconduites chaque année auprès des jeunes français (17-19 ans) convoqués à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) qui a pris la place du Service national.

En population générale (Beck et al. 2002a), le cannabis est la drogue illicite de loin la plus consommée : parmi les 15-75 ans, plus d'1 français sur 5 (21,7 %) en a pris au moins une fois dans sa vie. Environ deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ces taux d'expérimentation dépendent étroitement de l'âge des répondants : 4 personnes sur 10

ont essayé chez les 15-34 ans contre 1 sur 10 chez les 35-75 ans. La prévalence d'expérimentation est maximale chez les 20-25 ans (près de 60 % des garçons, 40 % des 15-19 ans et 50 % des 26-34 ans). Un doublement de la fréquence d'expérimentation de cannabis chez les 18-25 ans a été observé entre 1992 (23,3 %, Baromètre santé 1992) et 1999 (44,5 %), aucune forte hausse n'étant décelable pour les autres produits. Il en allait de même chez les 26-44 ans : 30 % d'expérimentation en 1999 contre un peu moins de 16 % en 1992.

La consommation répétée concerne 3,6 % des 15-75 ans (soit 1 700 000 personnes, données extrapolées) mais 14,6 % des 18-25 ans. Elle est surtout le fait des hommes (65,4 %). La consommation régulière concerne 2,7 % des 15-44 ans (77,5 % d'hommes). La moyenne d'âge est d'environ 23 ans dans les deux cas mais l'âge d'initiation a été significativement plus précoce chez les usagers réguliers (16,6 ans) que chez les personnes présentant un usage répété (17,2 ans). L'âge moyen d'expérimentation, toutes catégories d'usages confondues, est de 19,5 ans (âge médian : 18 ans). Le nombre d'usagers quotidiens (au moins 30 jours dans le dernier mois) pouvait être évalué à 280 000 personnes (données extrapolées). Par ailleurs, les consommateurs répétés ou réguliers présentent plus fréquemment que les autres des polyconsommations, des éléments évocateurs de polydépendances et des ivresses plus nombreuses. De même, de façon générale, les consommateurs de cannabis (15-25 ans) se déclarent en moins bonne santé que les non-consommateurs, ce qui est particulièrement marqué pour les scores d'anxiété et d'estime de soi (évaluation par indice de Duke, Baromètre santé 2000).

La tendance à la banalisation relevée plus haut en population générale est encore plus marquée chez les jeunes (Beck et al. 2000). Concernant l'expérimentation, l'augmentation est très nette dès 15 ans. A 18 ans en 1999, 59 % des garçons et 43 % des filles déclaraient avoir pris du cannabis contre respectivement 34 % et 17 % en 1993. Un peu moins du quart des garçons de 17 ans (23,7 % contre 12,6 % des filles du même âge) déclarent fumer de façon au moins répétée mais c'est le cas du tiers d'entre eux à 19 ans (32,7 %). Il est à noter que les usages intensifs (20 fois par mois et plus) concernent 15,8 % des garçons à l'âge de 19 ans (8 % à 17 ans ; 2,6 % des filles à 17 ans). S'il y a peu de différence entre les garçons et les filles parmi les faibles consommateurs, ces différences sont de plus en plus marquées quand les consommations deviennent importantes. Les premiers résultats d'ESCAPAD 2002 (Beck et Legleye, 2003c) chez les jeunes âgés de 17 ans confirment la poursuite de cette tendance à l'augmentation des prévalences d'expérimentation (54,6 % pour les garçons ; 45,7 % chez les filles) et des usages répétés (28 % des garçons ; 14,4 % des filles). Il est à noter que dans ce travail récent l'âge moyen d'expérimentation s'établit à environ 15 ans (15,2 ans pour les garçons ; 15,3 ans pour les filles), ce qui est un facteur de risque pour des complications ultérieures.

Au total, il apparaît donc que les usages importants de cannabis, qu'on les définisse par des usages au moins répétés ou par des usages au moins réguliers, sont en constant développement en France depuis le début des années 1990 tout particulièrement chez les jeunes, avec également une tendance à une plus grande précocité des usages.

En l'absence présente de définition des usages problématiques, il ne peut être produit de données de prévalence validées mais un certain nombre d'indicateurs montrent qu'il en va de même. En s'inspirant des items retenus par le DSM III R, le Baromètre Santé 2000 a en effet étudié trois variables fortement évocatrices d'un usage à problèmes : consommation presque quotidienne du produit pendant 2 semaines au moins, tentatives d'arrêt sans succès, abandon ou réduction d'activités sociales, scolaires, professionnelles ou de loisir à cause d'un usage de drogue. Concernant le premier item : 2,7 % des 17-75 ans interrogés disent avoir eu un usage quasi-quotidien de cannabis pendant au moins 2 semaines, c'est le cas de 12,4 % des expérimentateurs et de 72 % des usagers réguliers de cannabis. Plus

des ¾ sont des hommes, âgés de 27 ans en moyenne. Les tentatives d'arrêt sans succès concernent 1 % des expérimentateurs de cannabis et 5 % des usagers réguliers (inversement, près des ¾ sont usagers réguliers ou répétés de cannabis). La réduction ou l'abandon d'activités sociales du fait du cannabis a concerné 3 % des expérimentateurs, le tiers d'entre eux est usager régulier, soit un usager régulier sur 10. Il est à relever que si l'ensemble des expérimentateurs de cannabis a commencé en moyenne à 20 ans, cette 1^{ère} fois est survenue plus tôt chez ceux qui ont dû ultérieurement réduire des activités du fait de leur usage : 16 ans en moyenne.

Rappelons à ce propos que la précocité de l'expérimentation est indéniablement un facteur de risques d'usages à problèmes ultérieurs, or le Baromètre santé indique que 7 % environ des expérimentateurs de cannabis avaient essayé avant 15 ans. L'actuelle tendance à une précocité croissante de l'expérimentation est donc un élément préoccupant qui joue sans doute un rôle important dans le développement de complications et concourt donc à l'augmentation secondaire de la demande de traitement. Soulignons enfin que d'autres éléments cliniques évocateurs d'un usage problématique (usage en solitaire, usage matinal) sont très fortement corrélés à un usage au moins régulier.

Concernant la prévalence de la dépendance au cannabis, il n'existe pas de données fiables en France mais il faut garder à l'esprit les données classiques de G. E. WOODY et al. (1993) qui évaluaient le pouvoir addictif du cannabis « américain » à un niveau relativement faible mais bien réel : 59 % de non-dépendants, 18 % de dépendances légères, 13 % de dépendances moyennes et 10 % de dépendances sévères, tous niveaux de consommation confondus.

Accidents de la circulation liés au cannabis

La plupart des études disponibles en France indiquent seulement la prévalence des usagers de cannabis parmi les personnes impliquées dans un accident de la route : celle-ci se situe entre 6 et 16 % dans notre pays, elle peut atteindre 30 % dans certaines études quand des jeunes (15-24 ans) sont impliqués. De fait, les tests effectués en conditions expérimentales indiquent une conduite altérée par la consommation de cannabis (Lagier et al. 1996 ; Mura, 1999) : ralentissement des réflexes (avec augmentation de la distance de freinage), altération de la vigilance, de l'attention, de la perception des distances, somnolence, altération de la perception du danger, altération de la vision nocturne et de la perception des couleurs, plus rarement troubles du comportement liés à des troubles psychiatriques (anxiété, délire...). Mais en situation réelle de conduite, les risques d'une consommation de cannabis pour être établis, ne sont pas quantifiés, faute essentiellement de constitution de groupes témoins. C'est donc pour cela que depuis le 1^{er} octobre 2001 et pendant 2 ans, tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route sont soumis à une recherche de stupéfiants dans le cadre de la loi n° 99-505 du 18 juin 1999. Les résultats de ce travail font l'objet d'une étude accidentologique et épidémiologique pilotée par l'OFDT dont les conclusions sont attendues fin 2004.

La sécurité routière ayant été définie comme un enjeu national par le Président de la République diverses mesures ont été prises en ce domaine depuis 2002, au nombre desquelles la loi n° 2003-87 du 3 février 2003 qui interdit l'usage de stupéfiants au volant et prévoit des possibilités de recherche de toxiques après accident ou à titre préventif. Cette mobilisation a sans nul doute contribué à attirer l'attention des usagers et des professionnels sur un risque jusqu'alors largement sous estimé et à modifier l'image du cannabis.

Problèmes sociaux liés à l'usage de cannabis

Les problèmes sociaux tels que l'altération des relations sociales ou du fonctionnement social (résultats scolaires ou efficacité au travail) n'ont pas fait à notre connaissance l'objet d'études spécifiques en France mais sont largement reconnus et signalés par les familles et les professionnels concernés : communauté éducative, santé scolaire, médecine du travail... Ils sont généralement décrits comme étant en extension sans qu'aucune étude validée ne

soit venue confirmer (ni infirmer) cette opinion de plus en plus largement répandue. Les médecins des Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) signalent que de plus en plus d'organismes employeurs (souvent d'origine anglo-saxonne ou des multinationales) leur transmettent des demandes de kits de dépistage cannabis pour leurs employés, ce qui est une requête nouvelle en France qui dénote une préoccupation croissante lors des embauches ou des contrôles d'aptitude tout particulièrement sur les postes à risque.

Problèmes psychiatriques liés à l'usage de cannabis

L'usage régulier de cannabis est associé avec une large variété de troubles psychiatriques incluant les troubles des conduites avec levée des inhibitions, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles anxieux et la dépression avec un risque accru de passage à l'acte suicidaire. Les plus grandes préoccupations concernent évidemment la question des troubles psychotiques sous cannabis et tout particulièrement celle des relations cannabis-schizophrénie puisqu'il apparaît que l'usage de cannabis accroît le risque de développer cette maladie (par un facteur 6 chez les usagers réguliers) et en tout cas en aggrave l'évolution des personnes concernées.

Les psychoses aiguës induites par le cannabis ont été identifiées en France dès la fin du XIX^{ème} siècle mais restaient surtout d'actualité dans les DOM-TOM (Antilles, Guyane, Réunion, Polynésie, Nouvelle Calédonie...) du fait d'usages massifs et de la grande disponibilité du cannabis. Ce phénomène semble actuellement se développer également en métropole selon les informations fournies par les groupes focaux, sans doute en lien avec le développement d'usages massifs et précoces d'une part et avec la disponibilité croissante de produits à forte teneur en THC de surcroît volontiers fumés en « douilles » d'autre part.

Il n'existe pas de données nationales validées permettant d'évaluer l'importance de ce phénomène, le système informatisé de recueil de données concernant les hospitalisations en services de psychiatrie et les passages dans les services d'urgences (PMSI) n'est pas encore à même d'être exploité nationalement. Néanmoins quelques études pilotes (Pr. Hélène VERDOUX, (Verdoux et al. 1996)) confirment l'importance du problème (forte prévalence et antériorité des usages de cannabis chez les personnes présentant un trouble psychotique) en France également, pour peu qu'il soit recherché...

Quoique largement reconnus désormais par les professionnels, ni l'adynamie ni les troubles cognitifs mentionnés par ailleurs avec leurs conséquences négatives sur l'apprentissage ou les aptitudes professionnelles, n'ont fait l'objet, à notre connaissance, d'études spécifiques de prévalence.

Problèmes de santé (autres que psychiatriques) liés au cannabis

En dehors des problèmes de traumatologie secondaires à des accidents de la circulation survenant dans un contexte d'usage de cannabis, peu de problèmes de santé sont signalés. Cela n'est pas surprenant puisqu'en dehors de problèmes aigus peu sévères (aggravation d'un asthme, irritation trachéo-bronchique, malaises vagues...), les conséquences les plus lourdes (cancers pulmonaires en particulier) nécessitent des dizaines d'années pour se développer et ne sont donc pas identifiables chez de jeunes consultants. Les usages de cannabis n'étant apparus en France qu'au début des années 1970 et ne s'étant réellement développés (usages réguliers) que ces dix dernières années, leur impact devrait devenir repérable. Le facteur de risque cannabis pourrait dès lors être mieux identifié pour peu qu'il soit recherché et que les interrogatoires ne se limitent plus au tabac et à l'alcool. De même, la question des prises de cannabis pendant les grossesses reste insuffisamment prise en compte dans notre pays.

15.3 Interventions spécifiques pour usage problématique de cannabis

Equipements et centres de traitement spécifiques

En dehors des CSST régis par le Décret de février 2003 et qui ont pour mission de prendre en charge les usagers de drogues illégales (dont le cannabis mais pas exclusivement lui), il n'existe en France aucun autre type de structure sanitaire ou sociale spécialisée en usages problématiques de drogues ni a fortiori spécialisée en cannabis. Les structures de prévention ou de promotion de la santé ainsi que les Points Accueil Ecoute Jeunes valorisent de leur côté les approches globales, aspécifiques, et sont donc encore moins enclins à concevoir des structures ou même des actions spécialisées « cannabis ».

Programmes spécifiques

S'il n'existe pas à proprement parler de structures spécifiques « cannabis », plusieurs CSST ont initié des programmes spécifiques sur les usages problématiques de drogues et tout particulièrement de cannabis, seuls ou en partenariat, dans leurs propres locaux ou dans des lieux « banalisés ». L'idée générale de ces programmes est de faciliter l'accès aux soins des usagers de cannabis à problèmes en les aidant à prendre conscience le plus précocement possible de leurs difficultés notamment grâce à des dispositifs d'auto-évaluation et d'aide à la motivation (2 séances individuelles) puis en leur proposant une offre de soins adaptée, par exemple sous la forme de protocoles courts utilisant l'approche cognitive (3 à 10 séances en individuel ou en groupe) inspirés de ceux proposés au plan international par le Cannabis Youth Treatment (US Department of Health, (Dennis et The CYT Steering Committee, 2002)).

Ces réflexions initiées par Jean-Pierre COUTERON (CEDAT) dans la région parisienne sont en cours de développement au plan national en partie grâce à l'implication de réseaux de professionnels -RESTIM, ANIT- (Couteron, 2001). D'autres initiatives sont apparues en province notamment dans la région lyonnaise et à Bordeaux (CAAN'abus ; (Delile, 2003)). Ce dernier programme a pour particularité d'être une initiative pluri-partenaire intégrant dans un même local banalisé (non étiqueté « toxicomanie ») de la Croix-Rouge Française des intervenants en toxicomanie, en alcoologie, en prévention, en information et promotion de la santé. Ce projet vise donc à accueillir les jeunes consommateurs, identifier les consommations à problèmes et les comorbidités, les évaluer puis les orienter soit vers des actions d'information/prévention, soit vers des protocoles courts, soit encore vers des protocoles classiques de soins.

Toutes ces initiatives spécifiques font l'objet de réflexions et d'échanges au sein d'un groupe de travail national constitué au sein de l'ANIT et coordonné par Jean-Pierre COUTERON et Jean-Michel DELILE (CEID). Elles sont en revanche trop récentes pour avoir en elles-mêmes joué un rôle dans l'augmentation de la demande de traitement. Il est à noter que ces initiatives dans le domaine de l'accès aux soins et de l'élaboration de protocoles adaptés proviennent de professionnels de terrain et sont en cours d'articulation avec des recherches hospitalo-universitaires sur les mêmes thématiques (Pr Michel REYNAUD ; (2002)) ou sur les comorbidités psychiatriques (Pr Hélène VERDOUX). Il serait également intéressant que des systèmes d'information qualitative sur les usages tels que TREND (OFDT) intègrent les usages de cannabis et leurs évolutions dans leur champ d'investigation pour contribuer à l'adaptation des politiques de soins.

15.4 Conclusion

L'augmentation de la demande de traitement relative à des problèmes liés au cannabis en tant que produit primaire est un phénomène incontestable relevé par l'ensemble des systèmes d'observation depuis une dizaine d'années, son rythme est rapide : de l'ordre d'un doublement de sa part relative dans les files actives des CSST entre 1997 et 2001. Son

ampleur est telle que ces demandes représentent désormais environ 30 % des nouveaux accueils en centres spécialisés,.

Ces patients sont plutôt plus jeunes et mieux insérés que les autres consultants. Ils viennent plus souvent dans un cadre judiciaire avec des durées plus brèves de prise en charge. En dehors des contraintes juridiques, les motifs les plus fréquents de consultation, outre la dépendance elle-même, sont les problèmes cognitifs et psychiatriques avec leurs conséquences sociales et les troubles du comportement associés. Le sur-risque routier et les conséquences scolaires et professionnelles suscitent également une préoccupation croissante.

Cette augmentation sensible est sans doute avant tout la conséquence de l'augmentation considérable en France ces dix dernières années des prévalences d'expérimentation et d'usages répétés (et donc des usages problématiques... mais dans ce domaine les données manquent) de cannabis chez les jeunes. De plus, le fait que ces usages soient de plus en plus massifs et précoces (le pourcentage des usagers ayant commencé avant 15 ans, notamment, va croissant) est bien sûr un facteur aggravant, de même que la disponibilité accrue de produits à forte teneur en cannabis et le développement de techniques de consommation plus agressives. Par ailleurs l'augmentation des orientations d'origine judiciaire (classements avec orientation) suite à la circulaire de 1999 a fortement contribué à amplifier ce phénomène de développement du recours aux soins.

L'impact de ces consommations devient tel que les représentations dominantes chez les jeunes mais aussi chez beaucoup de professionnels et de décideurs commencent à évoluer en France. Beaucoup voyaient en effet dans la question du cannabis plus un problème de normes sociales que de santé publique et doutaient de la réelle nocivité de cette substance à l'instar d'une opinion assez largement répandue en Occident (Dennis et al. 2002). Les professionnels se sentaient donc peu concernés et le manque d'empressement des usagers à venir consulter les confortait dans cette opinion. La prise de conscience actuelle et donc l'évolution du contexte général concourent à amplifier à leur tour l'augmentation de la demande de traitement relative au cannabis, celle-ci étant sans doute plus aisément formulée par les usagers et mieux identifiée et notifiée par les professionnels. Cette tendance devrait d'autant plus se vérifier en France que les Pouvoirs Publics (Olin et Plasait, 2003) incitent les opérateurs à éviter toute banalisation en ce domaine.

Juin 2003

Dr Jean-Michel DELILE

Psychiatre, Directeur du CEID

jm.delile@ceid.asso.fr

Remerciements : je tiens à exprimer ma plus vive gratitude au Docteur Jean-Philippe FERRIÈRE, au Professeur Jean-Pierre GACHIE et au Professeur Marc AURIACOMBE pour leur aide précieuse et amicale ainsi qu'à tous les collègues et amis de l'OFDT dont j'ai abondamment utilisé les travaux et tout particulièrement à Dominique LOPEZ pour ses conseils et sa relecture avisée.

16. Co-morbidités

16.1 Définitions, principaux diagnostics psychiatriques rencontrés chez les usagers de drogues illicites, prévalence

Définitions, problématique générale

D'une manière générale, la comorbidité peut être définie comme l'existence ou la survenue d'une autre entité morbide au cours de l'évolution clinique d'un patient présentant la maladie index étudiée.

L'association de troubles psychiatriques et d'un usage de drogues illicites peut être étudiée de deux manières. On peut l'étudier en partant de populations recrutées pour leur pathologie mentale, ou bien à partir de populations recrutées pour leur usage de drogues illicites. Comme le remarque Sue M. Barrow (1999) « *si l'identification des troubles liés à la consommation de drogues chez les malades mentaux et l'évaluation des troubles psychiatriques chez les consommateurs de drogue ont fait apparaître des résultats parallèles, les obstacles rencontrés et les approches développées sont bien différents d'un champ à l'autre. [...] Dans la littérature psychiatrique, le principal souci de l'évaluation est la sous-détection de l'usage de substances chez des personnes atteintes de maladies mentales graves* ». Pour les professionnels qui travaillent auprès des usagers de drogue, la principale question sera celle du diagnostic différentiel entre troubles psychiatriques et effets résultant des consommations de drogue proprement dites.

Principaux diagnostics psychiatriques rencontrés chez les usagers de drogues illicites

Les troubles psychiatriques peuvent venir compliquer des conduites de consommations de drogues illicites, de manière aiguë ou d'une façon plus durable. Ces troubles psychiatriques secondaires seront distingués des troubles psychiatriques primaires, apparus avant le début de la consommation des drogues.

Résultats obtenus à partir des travaux de cliniciens qui travaillent auprès des toxicomanes

Plusieurs études nord-américaines (Barrow, 1999, p.20) font état de recherches sur des toxicomanes en traitement. Les troubles les plus fréquemment évoqués dépendent de la nature du traitement proposé, et donc de la nature de la ou des drogues consommées.

Toutes ces études relèvent le fort taux de comorbidité (variable cependant selon les travaux rapportés) parmi les personnes dépendantes des opiacés ou de la cocaïne. Les troubles les plus fréquemment observés semblent être :

- les troubles de l'humeur, principalement les troubles dépressifs,
- les troubles anxieux, surtout de type phobique,
- les troubles de stress post-traumatique.

Les psychoses sont rares dans les échantillons étudiés à partir des services spécialisés dans le traitement des toxicomanes.

Alain Morel (1999) distingue les troubles psychiatriques non spécifiques retrouvés chez les toxicomanes des complications spécifiques liées à l'usage des drogues. Pour la première catégorie, il mentionne :

- les troubles anxio-dépressifs (troubles de l'humeur, troubles du sommeil, aboulie, anhédonie, raptus anxieux, troubles du comportement),
- les troubles du sommeil, de gravité et d'origine variées. Tantôt il s'agit de symptômes relativement isolés, tantôt c'est un signe d'appel d'une authentique pathologie psychiatrique (dépression, troubles anxieux, psychoses),

- les comportements agressifs et violents, témoins de troubles graves de la personnalité (personnalité antisociale ou psychopathique, schizophrénique ou paranoïaque) ou bien liés aux effets des drogues consommées.

S'agissant des complications liées à l'usage des drogues, il mentionne :

- les pharmacopsychoses induites par les drogues hallucinogènes ou la consommation répétée d'amphétamines,
- les syndromes confusionnels.

Enfin, il souligne la fréquence des personnalités antisociales, border-line ou psychotiques parmi les personnes dépendantes des drogues.

Résultats obtenus à partir de travaux de portée générale.

Ces travaux, s'ils portent bien souvent sur des cohortes numériquement convaincantes, ont pour inconvénient majeur de n'être le plus souvent pas très rigoureux au plan des critères diagnostiques.

Dans le rapport 2002 de l'OFDT (OFDT, 2002a), des monographies sont consacrées aux principales drogues illicites consommées en France. Chaque monographie comporte un paragraphe intitulé : mortalité et morbidité. Pour le cannabis (p. 104) l'existence de complications psychiatriques est discutée, sans plus de précision. Pour l'héroïne (p. 167) et la cocaïne (p. 123) l'existence de telles complications n'est pas évoquée. Le LSD (p. 187) est susceptible d'entraîner « de graves problèmes psychiatriques (dépressions, états paranoïaques) » tandis que la consommation d'ecstasy (p.143) peut générer des troubles du sommeil, des troubles dépressifs, des troubles psychotiques.

L'INSERM a consacré ces dernières années deux importantes monographies, l'une au Cannabis, l'autre à L'ecstasy.

Les auteurs de la monographie consacrée à l'Ecstasy (INSERM, 1997) constatent qu'on ne dispose d'aucune étude française sur les complications psychopathologiques de la prise d'ecstasy. Les complications psychiatriques surviennent soit immédiatement après consommation de MDMA, soit dans les jours qui suivent. Elles s'observent tantôt dès la première prise, tantôt chez des usagers réguliers. Les troubles retrouvés sont :

- des psychoses aiguës avec délire à thème persécutif,
- des psychoses chroniques de type paranoïaque,
- des « flash-backs » (réapparition transitoire d'idées délirantes à distance de l'intoxication et du sevrage),
- des états de panique anxieuse,
- des états dépressifs.

Dans la monographie consacrée au cannabis (INSERM, 2001), on trouve les données suivantes:

- une comorbidité importante entre l'usage de cannabis et les passages à l'acte d'une manière générale,
- une augmentation significative des risques de tentatives de suicide en cas d'abus de cannabis. Le risque de récurrence est considérablement majoré (il est multiplié par 3 chez les consommateurs réguliers),
- en cas de boulimie, l'usage de cannabis est considéré comme un facteur de gravité,
- en cas de troubles de l'humeur bipolaires, l'usage de cannabis minore la symptomatologie maniaque et majore les risques d'apparition de la symptomatologie dépressive,
- les états délirants induits par le cannabis sont rares, brefs, rapidement régressifs sous traitement,
- l'association schizophrénie/addiction au cannabis est particulièrement fréquente (jusqu'à 40% dans certaines études),

- au long cours, le cannabis aggrave les troubles schizophréniques,
- le risque de développer une schizophrénie est multiplié par 4 chez les consommateurs réguliers de cannabis.

Le rapport Roques (Roques, 1999) rapporte la survenue :

- de troubles psychotiques : pharmacopsychoses amphétaminiques et cocaïniques ainsi que flash-backs induits par les hallucinogènes,
- de troubles de l'humeur au cours des intoxications ou des sevrages chez les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne,
- de troubles anxieux chez les usagers de toutes les drogues.

Pour conclure sur les diagnostics

Les principaux diagnostics psychiatriques retrouvés chez les usagers de drogues illicites vont dépendre :

- des modalités de cet usage (occasionnel, régulier),
- de la nature des drogues utilisées,
- du moment où le diagnostic de ces troubles est porté : avant, au décours immédiat, à distance, à l'occasion d'un sevrage.

On exclura les troubles aigus directement liés aux effets des drogues proprement dites, et qui ne constituent pas des comorbidités au sens strict du terme. Les catégories utilisées sont celles de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (OMS, 1994) :

Troubles psychotiques

- Au cours de l'utilisation des drogues. Il s'agit principalement des pharmacopsychoses induites par l'usage régulier d'amphétamines (ecstasy) ou de cocaïne et des bouffées délirantes aiguës au décours de prises de LSD.
- Les troubles psychotiques de survenue tardive : il s'agit ici des troubles dont le début est retardé par rapport à l'utilisation des drogues, ou de « flashbacks » surtout décrit suite à l'usage de LSD voire d'ecstasy.
- Schizophrénie, trouble schizothymique et troubles délirants que l'on ne peut pas attribuer à une intoxication, un syndrome de dépendance ou de sevrage des drogues. Ce type de pathologie est décrite chez les usagers réguliers de toutes les substances illicites. Si les cas de décompensation psychotique après usage de drogues (amphétamines, LSD, cannabis dans une moindre mesure) sont bien connus des cliniciens, la nature du lien entre l'usage régulier de ces substances et ces pathologies, en particulier pour ce qui est de l'usage régulier de cannabis, demeure controversée (Dervaux et al. 2002).

Troubles anxieux et troubles dépressifs

- Les troubles de l'humeur, essentiellement les troubles dépressifs, sont fréquemment retrouvés chez les consommateurs réguliers de drogues illicites, parfois même avant le début des consommations. Des états dépressifs transitoires sont décrits après des consommations festives d'ecstasy ou de cocaïne. Tous ces troubles peuvent se manifester lors du sevrage.
- Des troubles névrotiques (troubles anxieux phobiques, troubles anxieux) peuvent accompagner les consommations ou le sevrage des drogues.

Troubles des conduites alimentaires

- Anorexie, boulimie sont fréquemment associées aux usages de drogues, principalement chez les femmes.

Troubles du sommeil

- Fréquemment rapportés par les usagers de drogues. Ils peuvent être présents avant même les premières consommations.
-

Troubles de la personnalité

Les plus fréquemment retrouvés sont :

- personnalité émotionnellement labile, de type impulsif ou borderline
 - personnalité dyssociale
 - personnalité anxieuse
 - personnalité dépendante
-

Prévalence des diverses pathologies psychiatriques présentées par les usagers de drogues illicites

La prévalence des comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues illicites peut s'étudier à partir de cette population ou bien à partir de patients psychiatriques, en s'intéressant à leurs consommations.

Éléments de prévalence des troubles psychiatriques chez les usagers de drogues

Les usagers de drogue les mieux étudiés sont ceux qui sont inclus dans des filières de prise en charge.

L'enquête OPPIDUM³⁹ concerne l'usage de substances psychoactives chez les sujets pharmacodépendants fréquentant les centres de soins spécialisés pour toxicomanes. En 2002, l'enquête a concerné 3 422 sujets. 7 % des personnes interrogées ont déclaré consommer des neuroleptiques et 8 % des antidépresseurs. Ces résultats peuvent être interprétés comme des indicateurs indirects de la présence de troubles psychiatriques.

Une étude réalisée par Françoise Facy (1999) et portant sur 3 936 sujets inclus avant 1998 dans des protocoles français de traitement par la méthadone retrouve, sur la base d'un bilan fait à l'admission les troubles suivants (les pourcentages varient selon la date d'admission, avant ou après 1996) :

- Troubles dépressifs : entre 3 et 3,2 % des sujets.
- Troubles anxieux : entre 3,5 et 3,7 % des sujets.
- Troubles du comportement : 2,5 % des sujets.
- Troubles alimentaires : entre 2 et 2,1% des sujets.
- Troubles psychotiques : entre 1,5 et 1,6% des sujets.

Une thèse de doctorat en médecine (Feingold, 2000) recherche les comorbidités psychiatriques chez des sujets inclus depuis au moins deux ans dans un protocole de traitement par la méthadone. Sur les 30 sujets retenus pour l'étude :

- 10 n'ont aucun diagnostic psychiatrique,
- 11 ont présenté un épisode dépressif sévère, parmi lesquels 3 dans le cadre de troubles bipolaires et 3 autres dans un contexte de troubles dépressifs récurrents. Un de ces sujets présente une personnalité de type paranoïaque,
- 9 présentent des troubles narcissiques dont un des troubles schizo-affectifs, deux une personnalité border-line, un une personnalité antisociale.

Dans le rapport d'activité 2001 du « Bus Méthadone » de Médecins du Monde Paris (2001), qui accueille des usagers de drogues en situation de précarité, on retrouve, sur les 279 sujets nouvellement pris en charge en 2001, 28,6 % de personnes déclarant avoir des antécédents psychiatriques, parmi lesquelles 21 % ont été déjà hospitalisées en service psychiatrique (3 en hospitalisation d'office, 5 en hospitalisation à la demande d'un tiers, 20 pour tentatives de suicide).

³⁹ OPPIDUM, septembre 2002, CEIP Marseille, Laboratoire de Santé Publique Faculté de Médecine, 27 Bd Jean-Moulin, 13385 Marseille Cedex 5.

L'étude SPESUB (Fihma et al. 2001) concerne 650 sujets traités par le Subutex®. Cette étude mentionne parmi ces sujets la présence de « problèmes psychiatriques » (sans préciser leur nature) :

- Avérés pour 29,4 % des sujets
- Probables pour 43,9 % d'entre eux
- Absents pour 26,7 % des cas

On retrouve des antécédents de tentatives de suicide chez 25,1 % des personnes interrogées.

Eléments de prévalence des usages de drogues chez des sujets présentant une pathologie psychiatrique avérée

La fréquence élevée des consommations de drogues illicites, d'alcool et de tabac chez les patients psychiatriques est aujourd'hui une notion classique.

Les comportements d'abus ou de dépendance ont été étudiés pour deux cohortes de patients schizophrènes de la région parisienne avec les résultats suivants (Dervaux et al. 2002) :

Abus ou dépendance	Cohorte 1 (N = 115) (Dervaux et al. 2003)	Cohorte 2 (n = 105) (Gut-Fayand et al. 2001)
Alcool seulement	13,0%	11,4%
Cannabis seulement	10,4%	10,5%
Opiacés seulement	0,9%	
Amphétamines seulement	8,7%	
Alcool et cannabis	1,7%	2,9%
Alcool et sédatifs	0,9%	1,9%
Cannabis et sédatifs	6,2%	
Abus/dépendance de 3 substances ou plus, comprenant toujours alcool et cannabis	6,2%	7,5%
Total abus/dépendance	42,7%	34,2%

Une étude menée sur 362 patients suivis à la Martinique par un secteur de psychiatrie retrouve les chiffres suivants (Slama et al. 2001) :

- 27 % des patients présentent un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance,
- 25 % présentent le double diagnostic de trouble psychiatrique et lié à une substance, parmi lesquels 72 % répondent au diagnostic de schizophrénie.

Eléments de conclusion sur la question de la prévalence

Il est bien difficile de donner des éléments cohérents de réponse à cette question de la prévalence des comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogue illicite.

Certains auteurs avancent des chiffres de prévalence sans citer leurs sources :

« La fréquence de la comorbidité psychiatrique chez les sujets toxicomanes est considérée par tous les auteurs comme particulièrement élevée (de 70 à 90% parmi ceux qui sont demandeurs de soins) » (Morel, 1999).

Les chiffres varient souvent d'une façon impressionnante : *« dans les populations de patients schizophrènes hospitalisés, la fréquence des conduites addictives varie entre 20 et 60 % » (Dervaux et al. 2002) « les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des*

manifestations anxieuses, ont une incidence particulièrement élevée (entre 30 et 70 % selon les études » (Morel, 1999).

Pour d'autres, il y aurait une prévalence de comorbidité stable, de l'ordre de 20 % : « *même si les résultats sont disparates, ils sont tous concordants et avancent des chiffres de comorbidité proches de 20 % » (Slama et al. 2001).*

Les quelques travaux cités ci-dessus ne permettent à l'évidence pas de tirer des conclusions consistantes. Ceci tient à des divergences dans les groupes étudiés, dans les critères diagnostics retenus, dans le moment où les diagnostics sont portés. L'impression générale est bien que les usagers de drogues illicites présentent, plus que la population générale, des troubles psychiatriques, tandis que les malades mentaux sont plus consommateurs de substances psychoactives (surtout alcool et tabac, dans une moindre mesure cannabis). Mais nous manquons d'études rigoureuses et d'envergure sur ce sujet⁴⁰. Enfin, certains groupes d'usagers de drogue semblent n'avoir jamais été sérieusement étudiés au plan de leurs troubles mentaux. Il s'agit pour l'essentiel de ceux qui ne font pas l'objet de soins spécialisés pour leur toxicomanie ou leur pathologie psychiatrique.

16.2 Impact des comorbidités sur les services et les équipes

Depuis le début des années soixante-dix, où le système de soins français pour les toxicomanes a commencé à se créer jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, qui a vu le développement des traitements de substitution, la question des comorbidités semble n'avoir eu que peu d'impact sur les services de soins pour toxicomanes. De nombreuses équipes ne comportent aucun médecin, et *a fortiori* aucun psychiatre apte à diagnostiquer et à traiter les troubles mentaux. Quelques grands centres font alors exception, créés à partir de service psychiatriques (citons le Centre Marmottan à Paris, le Trait-d'Union à Boulogne, l'Envol à Rennes etc.) et dirigés par des psychiatres. Mais, même dans ces établissements, les troubles psychiatriques ne sont pas pris en compte en tant que tels, et le plus souvent aucun traitement psychotrope n'est autorisé.

Le développement de la prescription des traitements de substitution a eu pour conséquence de faire tomber le tabou de la prescription médicamenteuse et de fidéliser les toxicomanes. Les troubles mentaux d'un bon nombre de patients ont cessé d'être masqués par les effets des drogues ou les symptômes du manque.

Plusieurs évolutions notables sont aujourd'hui à signaler :

- introduction des traitements psychotropes (y compris neuroleptiques) dans la majorité des centres de soins spécialisés (à l'exception de quelques structures, type communauté thérapeutique, peu nombreuses en France, et qui font de l'abstinence à toute substance un préalable à l'admission) prescrits par des praticiens du centre ou des prescripteurs extérieurs ;
- recrutement de psychiatres dans certaines structures qui en étaient dépourvues ;
- mise en place de partenariats entre centre de soins spécialisés pour toxicomanes et services de psychiatrie générale.

Aujourd'hui, il n'est par rare que les équipes qui traitent les toxicomanes comprennent psychiatres et psychologues aptes à prendre en charge les comorbidités psychiatriques. Symétriquement, il n'est pas certain que les équipes psychiatriques soient formées pour accueillir convenablement des toxicomanes.

⁴⁰ un projet de recherche baptisé ISADORA est en cours, concernant le devenir des patients présentant une pathologie psychiatrique grave et une dépendance à un produit dans plusieurs pays européens

16.3 Offre en matière de service pour les usagers de drogues illicites présentant des troubles psychiatriques

Aspects généraux

Il n'existe pas de service strictement spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues présentant des pathologies psychiatriques associées. Certains, tels le centre Moreau de Tours à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, ont développé depuis longtemps une activité de prise en charge des toxicomanes dans le cadre d'un hôpital psychiatrique et donc un savoir faire spécifique dans le domaine des comorbidités. Si quelques services de psychiatrie moins spécialisés reçoivent volontiers des toxicomanes, dans de trop nombreux services psychiatriques le fait de consommer des drogues vaut encore suspicion, refus de prise en charge ou exclusion.

Dans les centres d'hébergement et d'insertion pour personnes sans domicile fixe (CHRS), l'alcoolisme est bien souvent repéré et traité ; l'usage des substances illicites demeure en général méconnu ou dénié. Il reste difficile de faire admettre dans ces établissements des sujets explicitement toxicomanes.

Aspects réglementaires

Diverses circulaires ont eu pour objet, ces dernières années, d'améliorer la prise en charge des sujets toxicomanes présentant une comorbidité psychiatrique.

- La note d'orientation de la Direction générale de la Santé du 5 novembre 1998 concerne l'élaboration des projets thérapeutiques des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes. Elle recommande de « *décloisonner le dispositif spécialisé et le secteur psychiatrique pour mieux prendre en compte les comorbidités psychiatriques* »
- La circulaire DGS/SP3/DH/EO n°99 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes rappelle que « *les hospitalisations des personnes toxicomanes doivent être assurées par l'ensemble des services de soins somatiques et/ou psychiatriques.* » Les équipes de liaison ont pour mission d' « *aider à l'évaluation de la situation d'un patient au niveau de sa toxicomanie, des troubles psychologiques ou psychiatriques, des problèmes médico-sociaux* ». Un effort particulier sera fait pour développer des liens avec le secteur psychiatrique : « *la toxicomanie est souvent associée à des troubles psychiatriques qui nécessitent une implication plus grande des psychiatres et équipes de secteur. L'équipe de liaison et de soins aux personnes toxicomanes devra établir un véritable partenariat avec les équipes psychiatriques intra ou extrahospitalières afin que les personnes puissent accéder à une prise en charge psychiatrique [...] La conclusion d'une convention avec un établissement de santé disposant d'un ou plusieurs services psychiatriques est recommandée. La formalisation des relations entre les différents partenaires dans le cadre d'un réseau est fortement encouragée.* »
- La circulaire DHO/O2DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives rappelle que « *La co-morbidité psychiatrique est souvent associée à l'abus ou à la dépendance. En outre, les états d'agitation aiguë dans un contexte d'abus de psycho-stimulants et/ou d'hallucinogènes sont de plus en plus rencontrés. Afin de répondre à ces troubles psychiatriques, les services de psychiatrie doivent s'organiser pour répondre, en dehors de strictes cures de sevrage, aux nécessités d'hospitalisation de ces personnes* ».

A lire ces circulaires, on perçoit bien les difficultés de la prise en charge par l'hôpital des personnes toxicomanes souffrant de comorbidités psychiatriques ainsi que la volonté des pouvoirs publics de les voir s'atténuer. Rappelons qu'il n'y a, au sens strict du terme, aucune

obligation légale (en dehors d'un internement) pour un service de psychiatrie d'accueillir ou de conserver un patient.

Coopérations entre divers services

Des coopérations, conformément aux vœux des pouvoirs publics, se sont mises en place en vue d'organiser des prises en charge conjointes pour les troubles psychiatriques et les addictions. Il s'agit le plus souvent de coopérations ponctuelles autour d'un cas (le CSST par exemple prescrit et délivre le traitement de substitution, assure le suivi social tandis que le CMP de secteur assure le suivi psychiatrique, y compris le traitement médicamenteux et la gestion des hospitalisations itératives). Ce type de pratique demeure peu formalisé, mal répertorié et étudié.

La commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale contre les drogues illicites (Olin et Plasait, 2003) qui vient de rendre son rapport souligne, dans un paragraphe intitulé « des liens insuffisants avec les services psychiatriques » les difficultés de la prise en charge des patients comorbides. Lucien Abenhaïm, Directeur Général de la Santé, rapporte à la commission que « *les psychiatres se débarrassent de leurs patients qui ont des problèmes psychiatriques et qui sont toxicomanes vers les centres de traitement de toxicomanes sous l'angle simplement du traitement de la toxicomanie, alors que parfois la toxicomanie n'est que l'effet secondaire d'un problème psychiatrique* ».

L'impression qui prévaut est que la coopération entre services de soins aux toxicomanes et services de psychiatrie demeure encore trop embryonnaire, alors que de nombreux cliniciens soulignent l'importance et la fréquence des comorbidités.

Éléments de disponibilité des traitements

La circulaire DGS/DHOS 2002/57 du 30 janvier 2002 ouvre la possibilité à tout médecin exerçant en établissement de santé d'initialiser un traitement de méthadone. Cette disposition devrait à terme favoriser la prise en charge des toxicomanes dépendants des opiacés dans les hôpitaux psychiatriques.

La population carcérale devrait faire l'objet d'une attention toute particulière. La prévalence des troubles psychiatriques tout comme celle des usages de drogues y est bien supérieure à celle retrouvée en population générale. Une note inter-ministérielle d'août 2002 met l'accent sur la nécessité de rendre accessible les traitements de substitution en prison. Il avait préalablement été établi que l'accès à ces traitements n'était pas également assuré pour l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays. En novembre 1999, 1 653 détenus (sur une population d'environ 50 000) bénéficiaient d'un traitement de substitution, alors qu'on considère que 30 à 40 % des personnes détenues sont toxicomanes.

16.4 Mieux répondre aux comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues illicites

En améliorant les connaissances sur cette question

- Par de grandes enquêtes épidémiologiques à l'image des travaux nord-américains visant à étudier régulièrement la prévalence des troubles psychiatriques et des comorbidités en population générale.
- Par des études menées en direction des malades mentaux, visant à rechercher systématiquement les usages de drogues illicites.
- Par des études menées en direction des usagers de drogues illicites suivis dans les centres spécialisés, en prison, dans les lieux d'accueil à bas seuil. Ces études devraient utiliser des critères diagnostiques reconnus (DSM IV ou CIM 10) afin de

favoriser les comparaisons avec les travaux menées dans les autres pays et le suivi année après année.

L'Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Techniques s'est penché en 2002 sur « l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs » (Cabal, 2002). Ce rapport conçoit la santé mentale dans une acception large : « *aussi ne m'arrêterai-je pas à la conception psychiatrique de la maladie mentale mais j'y intégrerai les troubles du comportement liés à la prise de substances psychotropes* » (p. 20). Le rapporteur, dans sa conclusion, souligne qu'il existe un « *débat scientifique sur les effets des drogues sur le cerveau* (objet de ce rapport) » (p. 137).

Parmi les recommandations du rapporteur (p. 139), qui soulignent les carences en connaissances scientifiquement étayées, retenons :

- la création d'un établissement public de recherche centralisant et impulsant les études sur la toxicomanie,
- la réalisation d'une étude de grande ampleur sur les troubles scolaires liés à la consommation de drogue.

En recommandant certaines pratiques souvent méconnues ou trop peu développées

- L'organisation de partenariats ponctuels entre CSST et services spécialisés en psychiatrie autour d'un cas.
- Le développement de contacts réguliers entre équipes sous forme de réunions cliniques, d'actions de formation continue.
- Le recrutement de psychiatres et de psychologues dans les CSST.
- La systématisation de la présence d'équipes mobiles spécialisées en addictologie (ECIMUD) dans les hôpitaux, y compris dans les hôpitaux psychiatriques.

En améliorant la formation initiale et continue

- La formation initiale des médecins et des infirmiers devrait aborder la question des comorbidités.
- Les professionnels des réseaux et des centres de soins spécialisés pour toxicomanes doivent recevoir des notions de psychiatrie.
- Les psychiatres doivent être mieux sensibilisés au diagnostic des usages de drogues chez leurs patients.

En créant ou en développant des services mieux adaptés

- La création en France d'un ou de plusieurs services spécialisés dans l'accueil de crise de toxicomanes présentant des troubles psychiatriques semble une nécessité. Ces services, implantés dans des hôpitaux psychiatriques, pourraient permettre l'accueil et l'évaluation de ces situations complexes, avant orientation vers des services adaptés de prise en charge à plus long terme. Le développement récent de l'usage de drogues psychostimulantes hautement susceptibles de déclencher des épisodes psychiatriques aigus rend aujourd'hui indispensable la création de tels services.
- La compétence spécifique de certains centres de soins pour toxicomanes, qui comptent dans leurs équipes des psychiatres et des psychologues en nombre, devrait être mieux utilisée. Des conventions pourraient être passées entre de tels services ou bien les services de secteur psychiatrique et les autres, pour assurer à tous les toxicomanes qui le nécessitent des entretiens à visée diagnostique et un suivi thérapeutique adapté.

16.5 Conclusion

Beaucoup reste à faire en France pour que les comorbidités psychiatriques chez les toxicomanes soient convenablement connues et traitées.

Dans les années quatre-vingt, notre pays a été confronté à une véritable « épidémie » de toxicomanie. Parmi ceux qui, plus de vingt ans après, sont toujours toxicomanes, il y a une forte proportion de sujets qui présentent des troubles psychiatriques, cause ou conséquence d'un abus de drogue qui s'est prolongé anormalement longtemps. Les sujets les plus solides psychiquement ont tiré profit des progrès de la thérapeutique et sont sortis de la toxicomanie. Ceux qui restent et qui sont toujours pris en charge par les structures sanitaires et sociales présentent des troubles mentaux dans une proportion certes mal connue, mais en tout état de cause importante.

La nature des drogues consommées en France évolue, vers des substances moins sédatives, plus psychostimulantes et donc plus aptes à favoriser les troubles psychiatriques à forte expression symptomatique. Cette tendance semble se confirmer année après année.

C'est ainsi que l'on peut, sans grand risque de se tromper, prévoir que la question des comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues sera, dans les années qui viennent, un sujet majeur de santé publique.

Dr Sylvie Wieviorka

Centre Pierre Nicole

wierviorka@pierre-nicole.com

REFERENCES

R.1. Bibliographie

- Andreasson, S., Allebeck, P., Engstrom, A. and Rydberg, U. (1987), *Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts*, *Lancet*, **2**, 1483-1486.
- Andreasson, S., Allebeck, P. and Rydberg, U. (1989), *Schizophrenia in users and non users of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County*, *Acta Psychiatr Scand* **1989**, **79**, 505-510.
- Anonyme (2003), *Revue Toxibase*, **(9)**, 28.
- Arenes, J., Janvrin, M. P., Baudier, F. et Comité français d'éducation pour la santé, C. (1998), *Baromètre santé jeunes 1997 / 1998*, CFES, Vanves.
- Auge-Caumon, M.-J., Bloch-Laine, J.-F., Lowestein, W. et Morel, A. (2002), *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner Ministre délégué à la Santé*. Ministère délégué à la Santé, Paris.
- Ballion, R. (1999), *Les conduites déviantes des lycéens*, OFDT, Paris.
- Barré, M. D. (1996), *Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts*, *Déviante et Société*, **20**, **(4)**, 199-315.
- Barrow, S. M. (1999), *Usages de drogue et comorbidités psychiatriques, synthèse des recherches américaines, document du groupement de recherche psychotropes*, *politique et société*, **3**, **(25)**.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003a), *Evolutions récentes des usages de drogues à 17 ans : Escapad 2000-2002*, *Tendances*, **29**, 1-4.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003b), *Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usages et évolutions récentes*, *Tendances*, **30**, 1-6.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003c), *Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes. ESCAPAD 2002*, OFDT, Paris, à paraître.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2000), *ESCAPAD 2000*, OFDT, Paris.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2002a), *Drogues illicites : pratiques et attitudes* In *Baromètre santé 2000*, Vol. II : Résultats (Eds, Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A.), CFES, Paris, pp. 237-274.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2002b), *ESCAPAD 2001 : Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*, OFDT.
- Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (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.
- Beck, F. et Peretti-Wattel, P. (2000), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, OFDT, Paris.
- Bello, P., Toufik, A. et Gandilhon, M. (2001), *Tendances récentes - Rapport TREND - juin 2001*, OFDT, Paris.
- Bello, P., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I. (2002), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 - Rapport TREND - juin 2002*, OFDT, Paris.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I. (2003), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Rapport TREND- juin 2003*, OFDT, Paris.
- Benech-le-Roux, P. (2001), *L'implantation des programmes d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité*, CESDIP, Guyancourt.
- Bless, R., Korf, D., Riper, H. and Diemel, S. (1997), *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European union*, EMCDDA.

- Brochu, S. (1997), *Drogues et criminalité: point de vue critique sur les idées véhiculées*, *Déviance et Société*, **21**, (3), 303-314.
- Cabal, C. (2002), *Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs*, Assemblée Nationale n°3641 / Sénat n°259.
- Cagliero, S. et Lagrange, H. (2003), La consommation de produits psychoactifs chez les femmes prostituées 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.
- Calderon, C., Soletti, J., Gaigi, H., Guichard, A. et Lert, F. (2001), *Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*, AIDES, Paris.
- Carle, J.-C. et Schosteck, J.-P. (2002), *Délinquance des mineurs : la République en quête de respect. Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs*, Sénat, Paris.
- Cayol, V., Corcos, M., Clervoy, P. et Speranza, M. (2000), *Grossesse et consommation de drogues psychoactives : état des lieux et stratégies thérapeutiques*, *Ann. Med. interne*, **151**, (suppl B), B20-B26.
- 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 Ledoux, S. (1998), *Attentes et comportements des adolescents*, INSERM, Paris.
- Choquet, M., Ledoux, S. et Hassler, C. (2002), *ESPAD 99 France. (Tome 1)*, OFDT, Paris.
- Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C., Pare, C. et INSERM (1998), *Adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse et santé (14-21 ans)*. INSERM, Paris.
- Chouvy, P.-A. (2002), *Trafic de drogues et conséquences sanitaires en Afghanistan et en Asie Centrale*, *Revue Documentaire Toxibase*, **7**, 1-12.
- CNAMTS et OFDT (2002), *Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement*, OFDT, Paris.
- Coulomb, S., Duburcq, A., Marchand, C. et Pechevis, M. (2002), *Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, OFDT, Paris.
- Couteron, J.-P. (2001), *Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation*, *Interventions*, **18**, (2).
- 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.
- Delile, J.-M. (2003), *Projet CAAN'abus : Consultation avancée d'addictologie sur les nouveaux usages et abus de drogues chez les jeunes*, CEID, Bordeaux.
- Dennis, M., Babor, T. F., Roebuck, M. C. and Donaldson, J. (2002), *Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders*, *Addiction*, **97**, (suppl 1), 4-15.
- Dennis, M. and The CYT Steering Committee (2002), *The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans*, *Addiction*, **97**, (suppl 1), 4-15.
- Dervaux, A., Laqueille, X., Bourdel, M.-C., et al. (2003), *Cannabis et schizophrénie : données cliniques et socio-démographiques*, Encéphale, à paraître.
- Dervaux, A., Laqueille, X. et Krebs, M. O. (2002), *Troubles schizophréniques et toxicomanies*, *Santé Mentale*, **70**, 18.
- DGS et OFDT (2002), *Rapport d'activité type des CSST*, Non publié.
- DGS et OFDT (2003), *Rapport d'activité type des CSST*, Non publié.

- Division des études de législation comparée (2002), La dépénalisation du cannabis, Sénat, Paris.
- Duprez, D. et Kokoreff, M. (2000), Les mondes de la drogue : usages et trafics dans les quartiers, Odile Jacob, Paris.
- El Sholy, M. A., Ross, S. A., Mehmedic, Z., Arafat, R., Bao, Y. and Banahan, B. F. (2000), *Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980 to 1997*, Journal of forensic sciences, **45**, 24-30.
- Emmanuelli, J. (2003), Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse au 31/12/2002 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.
- Emmanuelli, J., Jauffret-Roustide, M. et Barin, F. (2003), *Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002*, BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, **(16-17)**, 97-99.
- Emmanuelli, J., Lert, F. et Valenciano, M. (1999), Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les PES, OFDT, Paris.
- Escot, S. et Fahet, G. (2003), Eléments d'observation des usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, en France en 2002 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.
- Facy, F. (1999), Toxicomanes et prescription de méthadone, EDK, Paris.
- Fayman S. (ACT Consultants) et al. (2003), Rapport d'évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris, OFDT, Paris, à paraître.
- Feingold, A. (2000), Thèse de doctorat en médecine soutenue le 2 octobre 2000 auprès de l'Université François Rabelais, Tours.
- Feinstein, A. R. and Koss, N. (1970), *The changing emphasis in clinical research. 3. Follow-up report for the years 1965-1969*, Arch Intern Med, **125**, **(5)**, 885-891.
- Fihma, A., Henrion, R., et al. (2001), *Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par Buprénorphine haut dosage (Subutex®), résultats de l'étude Spesub*, Annales de Médecine Interne, 1S26-1S36.
- Fontaine, A. (2002), Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire, OFDT, Paris.
- Franchitto, M. C., Peyrefort, E. et Tellier, G. (2000), *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge*, Revue Documentaire Toxibase, **2**, 1-12.
- Giraudon, I. et Bello, P.-Y. (2003), Regards sur l'ecstasy et d'autres produits de synthèse en France. Analyse de la base du Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) de 1999 à la fin du 1^{er} semestre 2002, OFDT, Paris.
- Gorgeon C. (ACADIE) et al. (2003), Rapport d'évaluation des conventions départementales d'objectifs santé-justice, OFDT, Paris, à paraître.
- Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A. (2001), Baromètre santé 2000, CFES, Paris.
- Gut-Fayand, A., Dervaux, A., Ollé, J.-P., et al. (2001), *Substance abuse in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity*, Psychiatry Res, **102**, 65-101.
- 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.
- INSERM (1997), Expertise collective : Ecstasy, des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage, INSERM, Paris.
- INSERM (2001), Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?, INSERM, Paris.

- Jacob, E., Joubert, M. et Touze, S. (2000), Evaluation des Points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la Circulaire n° 97/280 du 10 avril 1994, OFDT, Paris.
- Jernite, M., Viville, B. et Escande, B. (1999), *Grossesse et buprénorphine*, Arch Pédiatr, **6**, 1179-1185.
- Karsenty, S. et Diaz Gomez, C. (2003), Etat des lieux de l'application de la loi Evin, OFDT, Paris, à paraître.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2000), Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, OFDT, Paris.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2002), Coûts et bénéfices économiques des drogues, non publié.
- Labrousse, A. (2003), Dictionnaire géopolitique des drogues. La drogue dans 134 pays : productions, trafics, conflits, usages, De Boeck, Bruxelles.
- Lagier, G., Le Chuiton, J., Dally, S., Facy, F., Got, C., Lafargue, P. et al. (1996), Livre blanc : sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments : rapport au premier ministre, La Documentation française, Paris.
- Lalande, A. et Grelet, S. (2001), Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville : suivi des patients usagers de drogues en médecine générale (approche qualitative), OFDT, Paris.
- Lefebvre-Naré F. (EVALUA) (2003), Rapport d'évaluation des programmes départementaux de prévention, OFDT, Paris, à paraître.
- Lejeune, C. et Simmat Durand, L. (2003), Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveaux-nés, OFDT, Paris.
- Lepere, B., Gourarier, L., Sanchez, M., Adda, C., Peyret, E., Nordmann, F. et al. (2001), Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne, en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution, Annales de Médecine Interne, **152**, (Suppl. au n°3), 1S5-1S12.
- Médecins du Monde (2001), Rapport d'activité bus méthadone Paris, Médecins du Monde, Paris.
- Médecins du Monde, Drouot, N. et Simmonot, N. (2003), Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Médecins du monde, Paris, Non publié.
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (1999), Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), La Documentation française, Paris.
- Morel, A. (1999), *Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie*, Interventions, **72**, 35-40.
- Morfini, H. et Feuillerat, Y. (2002), Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, décembre 2001, DGS/DHOS, Paris.
- Mouquet, M. C., Dumont, M. et Bonnevie, M. C. (1999), *La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque*, Etudes et résultats (DRESS), **4**, 10.
- Mura, P. (1999), Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile, Elsevier, Paris.
- Mura, P., Perrin, M., Chabrilat, M., Chaudron, H., Dumestre-Toulet, V., Barc, S. et al. (2001), L'augmentation des teneurs en delta-9 tétrahydrocannabinol dans les produits à base de cannabis en France : mythe ou réalité ? Annales de Toxicologie Analytique, **13**, (2), 75-79.
- OCRTIS (2002), Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2001, Ministère de l'intérieur, Paris.
- OCRTIS (2003), Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2002, Direction générale de la police nationale / Direction centrale de la police judiciaire, Paris.
- OFDT (2000a), Evaluation du dispositif Bus méthadone, OFDT, Paris.

- OFDT (2000b), Mandat d'évaluation dans le cadre du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), Non publié.
- OFDT (2000c), Référentiel d'évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), Non publié.
- OFDT (2002a), Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002, OFDT, Paris.
- OFDT (2002b), Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France drug situation 2001, OFDT, Paris.
- OFDT (2003), Substitution aux opiacés : synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France., OFDT, Paris.
- Olin, N. et Plasait, B. (2003), Drogue : l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, Sénat, Paris.
- OMS (1994), CMI 10, Masson, Paris.
- Palle, C. et Tellier, S. (1998), Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997, Etudes et Résultats, 59, 1-8.
- Peretti, C. et Leselbaum, N. (1994), Tabac, alcool, drogues illicites : opinions et consommations des lycéens, INRP, Paris.
- Reynaud, M. (2002), Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque ; outils de repérage ; conduites à tenir, La Documentation Française, Paris.
- Reynaud-Maurupt, C. et Verchere, C. (2003), Les nouveaux usages de l'héroïne, OFDT, Paris.
- Roques, B. (1999), Rapport au secrétariat d'Etat à la santé, La dangerosité des drogues, La Documentation Française, Paris.
- Rotily, M., Prudhomme, J. et Bendiane, M. K. (2001), Evaluation des unités pour sortants (UPS). OFDT, Paris.
- Sannino N. (CEMKA-EVAL) (2003), Rapport d'évaluation du rapprochement de structures spécialisées en vue d'une prise en charge, OFDT, Paris, à paraître.
- Setbon, M. et De Calan, J. (2000), L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, OFDT, Paris.
- Setbon, M., Guérin, O., Karsenty, S. et Kopp, P. (2003), Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) - Rapport général, OFDT, Paris.
- Slama, F., Slama, R., Ballon, N. et al. (2001), Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack, Le Courrier des Addictions, 3, (3), 160
- 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.
- Thirion, X. et Saillard, C. (2003), Nouvelles tendances issues d'OPPIDUM en 2002 In Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, Rapport TREND, juin 2003 (Eds, Bello, P., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I.) OFDT, Paris.
- Tortay, I. et Morfini, H. (1999), Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, DGS / DHOS, Paris.
- Toulemonde J. et al. (C3E-Eureval) (2003), Rapport d'évaluation de la démarche interministérielle de formation, OFDT, Paris, à paraître.
- Verdoux, H., Mury, M., Besancon, G. et Bourgeois, M. (1996), Etude comparée des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires, schizophréniques et schizoaffectifs, Encéphale, 22, 96-101.
- Vidal-Trecan, G., Boissonnas, A., Varescon, I., Nabet, N., Couzigou, C. et Blanchon, T. (2001), Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage : analyse des déviations de son utilisation, OFDT, Paris.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Wayne, H. and Monteiro, M. (2001), *Challenges and approaches to estimating mortality attributable to the use of selected illicit drugs*, European addiction research, **7**, 104-116.

Woody, G. E. et al. (1993), *Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials*, Addiction, **88**, (11), 1573-9.

Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. et Lewis, G. (2002), *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study*, BMJ, **325**, (1199).

R.2. Bases de données / adresses Internet

APPRE : base de données sur les actions de prévention, disponible sur le site www.ofdt.fr ou sur CD-Rom

ILIAD : base de données qui regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional dans le domaine des addictions aux substances illicites et licites, disponible sur le site www.ofdt.fr ou sur CD-Rom

SINTES : base de données sur la composition des échantillons de drogues de synthèse (produits saisis et collectés par des acteurs socio-sanitaires). Accès réservé à la base de données aux partenaires du dispositif. Notes d'informations disponibles sur le site www.ofdt.fr

www.ofdt.fr le site internet de l'OFDT (toutes les publications de l'OFDT y sont téléchargeable en format pdf).

www.drogues.gouv.fr le portail internet sur les drogues et www.drogues-savoir-plus.com site internet de prévention destiné aux 15-25 ans.

www.toxibase.org site du réseau Toxibase.

Pour les aspects législatifs : www.senat.fr ; www.assemblee-nat.fr ; www.legifrance.gouv.fr ;

Ministères : www.premier-ministre.gouv.fr ; www.sante.gouv.fr ; www.interieur.gouv.fr ; www.ville.gouv.fr ; www.education.gouv.fr ; www.justice.gouv.fr

Sites institutionnels : www.inpes.sante.fr site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; www.invs.sante.fr site de l'Institut de veille sanitaire ; www.inserm.fr site de l'Institut national de santé et de recherche médicale ; www.insee.fr site de l'Institut national de la statistique et des études économiques ; http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/accueil_fr.html service d'information de l'INSERM sur les causes médicales de décès ; www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/HomePage?ReadForm site de l'ANAES ;

Sites associatifs : www.asso.anit.fr site de l'Association française des intervenants en toxicomanie ; www.asud.org site de l'association auto support et réduction des risques des usagers de drogues ;

ANNEXES

A.1. Sources d'information et dispositif d'observation

Dispositif d'observation

L'ensemble des sources d'informations utilisées dans le rapport peuvent être regroupées en grandes catégories, dont il est possible de décrire les caractéristiques principales et les limites quant à leur capacité à décrire le phénomène.

Enquêtes en population générale

Ces enquêtes reposent sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, dans l'ensemble de la population, ainsi qu'une mesure assez fiable de son évolution. Il est cependant parfois difficile de déceler à travers elles des comportements relativement rares. Les résultats fournissent une image de la consommation déclarée qui n'est pas forcément identique à la consommation réelle.

Registres

Les statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (Fichier national des causes de décès, déclaration obligatoire des cas de Sida, etc.) permettent également d'estimer une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains des dommages induits.

Statistiques administratives

Les statistiques administratives et certaines études ciblant une population spécifique, définie par l'institution qui intervient dans le champ offrent une vision partielle du phénomène d'usage de drogues, appréhendé sous un angle particulier : les personnes ayant recours aux soins par le ministère de la santé, le nombre de personnes incarcérées par le ministère de la justice...

La population cachée, non vue par l'institution, échappe, par définition, à ces statistiques.

Ces sources d'informations sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances de long terme, grâce à leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. Leur utilisation est néanmoins délicate, et il est important de bien prendre en compte leurs limites. Les indicateurs produits sont des « indicateurs indirects », dont l'inertie inhérente à leur processus de production ne permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. De plus, ces sources d'informations posent des problèmes spécifiques : limitation de leur champ théorique, fiabilité, doubles comptes...

Études qualitatives

Des études particulières s'intéressent à des sous-groupes de population directement touchés par l'usage de produits, mais non sélectionnés de manière institutionnelle. Les travaux à caractère ethnographique en sont un exemple. Outre la qualité de description des usages et des comportements, ce type d'approche permet d'aborder la partie « cachée » du phénomène : les individus qui ne sont vus par aucune institution. Ces études particulières décrivent des comportements de façon qualitative, mais ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur.

Dispositif de surveillance des phénomènes émergents

Depuis 1999, l'OFDT a mis en place un dispositif spécifique de surveillance des phénomènes émergents (TREND). Il s'agit, d'une part, d'un réseau d'observateurs « sentinelles » centré sur « l'espace urbain » (lieux de la ville où l'on peut rencontrer et / ou observer des usagers actifs de drogues comme les structures « bas seuil », les centres de soins spécialisés ou les lieux « ouverts » tels que le monde de la rue ou les squats) et « l'espace festif techno » (lieux où se déroulent les événements festifs relevant de la culture techno) et, d'autre part, d'un système de recueil et d'analyse des drogues de synthèse. Ce dispositif, à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment, se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les enquêtes et les statistiques pérennes.

Dispositif d'information et de documentation

Toxibase, réseau national de documentation sur les drogues

Toxibase est un réseau national d'information et de documentation sur les sujets relatifs aux conduites addictives créée en 1986 et animé par des professionnels de terrain.

Le réseau Toxibase accueille du public dans 8 centres de documentation (installés dans huit agglomérations différentes) et sa base de données bibliographique contient plus de 29 000 références en français et en anglais.

La revue documentaire éditée trimestriellement par le réseau et rédigée par des spécialistes, a notamment abordé, en 2002, les thématiques suivantes : les addictions sans drogue(s) ; trafic de drogue et conséquences sanitaires en Afghanistan et en Asie centrale ; les réseaux addictions.

Toxibase a également développé une base de donnée qui recense et décrit des outils de prévention francophones utilisables par les acteurs de terrain. Spécialisés dans les champs des drogues illicites, de l'alcool, du tabac, du dopage, et de l'éducation à la santé, environ 500 outils y sont répertoriés.

Centres d'information sur les drogues et les dépendances (CIRDD)

En 2001, 40 centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD) ont été créés dans le cadre du Plan triennal 1999-2001, ce nombre est resté stable en 2002, l'objectif du plan ayant été atteint (40 CIRDD couvrant l'ensemble du territoire national).

Leur mission est de fournir un appui technique aux acteurs institutionnels et aux professionnels dans les départements pour la mise en œuvre d'actions locales notamment de prévention, de formation ou de soins. Cinq CIRDD (implantés à Marseille, Strasbourg, Reims, Lyon et Montpellier) sont des centres du réseau Toxibase.

Des CIRDD sont implantés dans 17 des 22 régions françaises et dans 3 départements d'Outre Mer (Guadeloupe, Martinique et Réunion). Trois régions rassemblent à elles seules 14 CIRDD : la région Provence Alpes Côte d'Azur, la Champagne et l'Île de France.

A.2. Liste des tableaux

Tableau 1 : Produits spontanément cités en tant que drogues par au moins 5 % des enquêtés.....	8
Tableau 2 : Opinion sur la mise en vente libre de cannabis, évolution 1999-2002	8
Tableau 3 : Crédits spécifiques liés aux dépenses en matière de lutte contre les drogues, votés en loi de finances initiale en 2002.....	12
Tableau 4 : Budget exécuté, en 2002, au titre du chapitre 47-16 de l'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie.....	12
Tableau 5 : Age moyen d'expérimentation de l'ensemble des produits psychoactifs.....	15
Tableau 6 : Répartition de l'ensemble des patients pris en charge suivant les tranches d'âge 1998-200	18
Tableau 7 : Origine de la demande nouveaux patients 1998 - 2001	19
Tableau 8 : Produits à l'origine de la prise en charge dans les CSST.....	20
Tableau 9 : Pourcentage de patients pris en charge ayant consommé des benzodiazépines, de l'héroïne et de cocaïne au cours de la semaine passée	20
Tableau 10 : Evolution des surdoses selon les produits en cause, 2000-2002.....	22
Tableau 11 : Calcul de RSM, ensemble des interpellations, selon le produit à l'origine de l'interpellation	23
Tableau 12 : RSM par cause de décès et par produit	24
Tableau 13 : Décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, 1998-2002	25
Tableau 14 : Taux de positivité déclarée de la dernière sérologie connue pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB) selon les modes de consommation.....	26
Tableau 15 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2002	26
Tableau 16 : Logement des patients pris en charge en CSST	28
Tableau 17 : Interpellations pour ILS en 2002 par produit.....	30
Tableau 18 : Condamnations pour ILS suivant le mode d'exécution de la peine en 2001	31
Tableau 19 : Incarcérations pour ILS en 2002.....	32
Tableau 20 : Dépenses imputables aux drogues illicites (1995)	34
Tableau 21 : Nombre et quantités saisies par principaux produits, 2000-2002.....	36
Tableau 22 : Prix moyen, en euro, du gramme des deux formes d'héroïne sur certains sites TREND (espace urbain) en 2000, 2001 et 2002	38
Tableau 23 : Forme et contenu des échantillons de la base SINTES collectés et saisis en France, en 2002	39
Tableau 24 : Polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis selon le sexe et l'âge ..	45
Tableau 25 : Actions de prévention financées sur les crédits MILDT en 2002.....	53
Tableau 26 : Interventions en milieu festif, sportif et culturel, 2001.....	57
Tableau 27 : Connections au site www.drogues.gouv.fr , 2001-2002	60
Tableau 28 : Nombre moyen de patient ayant eu un sevrage, par structure (CSST en ambulatoire), 1998 - 2001	63
Tableau 29 : Cadre réglementaire des traitements de substitution en France en 2002.....	65
Tableau 30 : Outils et instances de structuration exploités par l'OFDT dans le cadre de son mandat d'évaluation	76
Tableau 31 : Produits à l'origine de la prise en charge dans les CSST.....	82

A.3. Liste des graphiques

Graphique 1 : Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge	15
Graphique 2 : Evolution des interpellations, 1995-2002	30
Graphique 3 : Evolution du nombre de saisies	37
Graphique 4 : Evolution des principaux indicateurs relatifs à l'héroïne 1990-2001	46
Graphique 5 : Evolution du nombre annuel des appels traités par DATIS entre 1998 et 2001.	58

A.4. List des encadrés

Encadré 1 : 2002 - Chiffres clés -	1
Encadré 2 : Les quatre priorités de la commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites	9
Encadré 3 : Recommandations principales du rapport sur « l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs »	10
Encadré 4 : Veille média du dispositif TREND	11
Encadré 5 : Recommandations du rapport d'accès à la méthadone	50
Encadré 6 : Stratégie de prévention des drogues en France	51
Encadré 7 : Femmes sous substitution, derniers développements	66

A.5. Liste des sigles

AFP	Agence France presse
AFR	Agence française de réduction des risques
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANRA	Agence française de recherche en addictologie
APPRE	Actions et programmes de prévention – recensement
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BHD	Buprénorphine haut dosage
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CCRF	Service de Concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEDAT	Centre départemental d'aide aux toxicomanes
CEID	Comité d'étude et d'Information sur la drogue
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation pour la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centres d'hébergement et d'insertion pour personnes sans domicile fixe
CHUSI	Centres d'hébergement d'urgence pour soins infirmiers
CIM 10	Classification internationale des médicaments de l'organisation mondiale de la santé en 10e révision
CIM 9	Classification internationale des médicaments de l'organisation mondiale de la santé en 9e révision
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJN	Casier judiciaire national (Ministère de la Justice)

CLS	Contrats locaux de sécurité
CMP	Centre de médecine préventive
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DACG	Direction criminelle des affaires et des grâces (ministère de la Justice)
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAS	Direction des affaires sociales (ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DATIS	Drogues alcool tabac info service
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées et ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGAS	Direction générale des affaires sociales (ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées)
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DOM	Départements d'Outre Mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées et ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées et ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DRTEFP	Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité)
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ECIMUD	Équipes de Coordination et d'Intervention Médicale auprès des Usagers de Drogues
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (Ministère de l'Intérieur)
FND	Fichier national des détenus (ministère de la Justice)
FNPEIS	Fond national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GHB	Gamma OH
GIR	Groupes d'interventions régionaux
ILIAD	Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IREP	Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne

JADP	Journées d'appel de préparation à la défense
JAP	Juge d'application des peines
LEP	Lycées d'enseignement professionnels
LOPS	Loi d'orientation et programmation relative à la sécurité
LPS	Laboratoire de Police scientifique
LSQ	Loi de sécurité quotidienne
MDMA	Méthylènedioxymétamphétamine
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse
PA	Personnes années
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PAEJ	Point d'accueil et d'écoute jeunes
PAJ	Point accueil jeunes
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
RESEDA	Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent
RESTIM	Réseau d'information, de formation et de développement des connaissances cliniques et thérapeutiques sur les usages de psychostimulants
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIPP	Registre national des personnes physiques
RRD	Réduction des risques et des dommages
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SDSED	Sous direction de la statistique, des études et de la documentation
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSNN	Syndrome de sevrage du nouveau né
THC	Tréahydrocannabinol
TIG	Travail d'intérêt général
TOM	Territoires d'Outre Mer
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UD	Usagers de drogues
UDVI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
