



**2008 NATIONAL REPORT (2007 data) TO THE EMCDDA  
by the Reitox National Focal Point**

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

**FRENCH VERSION**

**REITOX**

## **Contributions.**

Sous la supervision de Jean-Michel COSTES ([jean-michel.costes@ofdt.fr](mailto:jean-michel.costes@ofdt.fr)).

### Contributions aux chapitres:

Chapitre 1: J.-E. Adès, E. Janssen.

Chapitre 2: A. Cadet-Taïrou, S. Legleye, O. Le Nezet, S. Spilka, E. Janssen.

Chapitre 3: C. Mutatayi.

Chapitre 4: I. Evrard, A. Cadet-Taïrou, JM Costes, E. Janssen

Chapitre 5: I. Evrard, C. Palle, A. Cadet-Taïrou, E. Janssen

Chapitre 6: A. Cadet-Taïrou, T. Canarelli, E. Janssen

Chapitre 7: A. Cadet-Taïrou, T. Canarelli, E. Janssen

Chapitre 8: I. C. Chiltz

Chapitre 9: I. Obradovic

Chapitre 10: A. Cadet-Taïrou, E. Lahaie, A. Toufik, M. Gandilhon, C. Chiltz.

### Relecture

J. M. Costes, H. Martineau.

Les membres du Comité Scientifique de l'OFDT.

### Point Clef.

#### **Sentencing statistics:**

Ivana Obradovic ([ivana.obradovic@ofdt.fr](mailto:ivana.obradovic@ofdt.fr)), Chloé Chiltz ([chloe.chiltz@ofdt.fr](mailto:chloe.chiltz@ofdt.fr)), Hélène Martineau ([helene.martineau@ofdt.fr](mailto:helene.martineau@ofdt.fr))

Sommaire.	
Résumé	v
PARTIE A: Nouveaux développements et tendances	7
1. Politique nationale et contexte	7
1.1 Cadre légal	8
1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques	9
1.3 Budget et dépenses publiques	9
1.4 Contexte social et culturel	10
2. Usages de drogues	12
2.1 Usages de drogues en population générale	14
2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.	14
2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques	16
2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers	18
3. Prévention	19
3.1 Prévention universelle	22
3.2 Prévention sélective	22
3.3 Prévention indiquée	23
4. Usage problématique	25
4.1 Prévalence et incidence estimées	27
4.2 Profil des personnes en traitement	28
4.3 Données issues des structures de bas seuil.	32
5. Traitements	35
5.1 Dispositif	37
5.2 « Drug free treatment »	37
5.3 Traitements médicalisés (substitution, sevrages)	37
6. Conséquences sanitaires	41
6.1 Mortalité liée à l'usage des drogues	43
6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	45
6.3 Co-morbidités psychiatriques	48
6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues	48
7. Réponses aux problèmes sanitaires	49
7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues	50
7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.	50
7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques	52
7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire subséquent à l'usage de drogues	52
8. Conséquences sociales	53
8.1 Exclusion sociale	55
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues	55
8.3 Usage en prison	60
8.4 Coût social	60
9. Réponses aux problèmes sociaux	61
9.1 Intégration sociale	63
9.2 Prévention des délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues.	64
10. Marché et offre	66
10.1 Disponibilité et approvisionnement	68
10.2 Saisies	70
10.3 Prix, pureté	72
PARTIE B. ECLAIRAGE SPECIFIQUE	74
11. Sentencing Statistics.	74
11.1. Options available in France	74
11.2. Origines et sources des données.	78
11.3. Sentencing statistics	83
PARTIE C: BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES	91
12. Bibliographie	91
13. Liste des tableaux.	94

14. Liste des figures.	95
15. Liste des sigles et abréviations	96

## RESUME

C'est dans un contexte financier délicat que le président de la MILDT, Etienne Apaire, a dévoilé, le 9 juillet 2008, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011, complétant le plan Addictions (voir RN 2007). D'un point de vue institutionnel, citons la publication du second décret loi portant sur le financement des CSAPA (regroupant les CSST, centres de soins spécialisés dans les toxicomanies, et les CCAA, spécialisé dans el traitement de l'alcoolisme)

L'année 2007 a permis la finalisation de l'exploitation de plusieurs enquêtes en population générale, en particulier le Baromètre Santé 2005 (deuxième partie). Seule nouveauté disponible durant le premier semestre 2008 : les premiers résultats de l'enquête HBSC portant sur la santé et les usages de stupéfiants des 11-15 ans. L'enquête ESPAD 2007 est toujours en cours d'analyse. L'exercice 2008 d'ESCAPAD a été mené à bien, la publication des premiers résultats étant prévue pour début 2009.

Les données ReLION 2007 confirment la tendance de la prévention ciblée en milieu scolaire (troisième partie). 2007 a vu la mise en place des premières Consultations cannabis, mesure phare du président de la MILDT. Il s'agit de stages payant de sensibilisation offerts aux usagers appréhendés par les services de police comme alternative à la poursuite judiciaire.

La quatrième partie offre une nouvelle estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues (définition de l'OEDT) au cours de l'année 2006. Sont aussi présentés les résultats de la première enquête CAARUD. Couverture nationale, exhaustive, elle vient compléter les apports de PRELUD. L'enquête confirme le rôle ambigu de la BHD, souvent présenté par les patients comme la substance causant le plus de problèmes (médicaux, psychologiques, sociaux). L'enquête a aussi permis de mettre à jour un fossé se creusant entre usagers âgés, sensibilisés à la problématique de la réduction des risques, et les plus jeunes, adeptes de conduites à risque (échanges de matériel d'injection).

La France se caractérise toujours par une prévalence élevée de la BHD comme méthode de substitution aux opiacés, avec quelques changements cependant : alors que les trois-quarts des usagers d'opiacés en traitement au début des années 2000 utilisaient du Subutex®, la méthadone effectue un retour croissant depuis 2004 pour couvrir les besoins de près de 30% des usagers en traitement. Les sulfates de morphines représenteraient une part marginale (moins de 5%). L'accès de la méthadone en prison semble être une réalité.

A l'exception de DRAMES, détaillant les associations de polyconsommations détectées, on ne dispose pas pour l'année 2007 de nouvelles données quant à la mortalité par usages de substances illicites ; de nouvelles analyses sont à l'étude. On notera depuis décembre 2007 l'augmentation du nombre de décès par surdose d'opiacés, dans l'est de la France, concernant une population inconnue des centres spécialisés. D'un point de vue comorbidité, les données confirment le ralentissement des nouveaux cas de contamination par VIH et VHC dans la population usagère injectrice (voir aussi la septième partie).

Les résultats exposés dans la huitième partie confirment l'augmentation continue des infractions à la législation des stupéfiants (ILS) jusqu'en 2007, le cannabis demeurant la première substance provoquant l'arrestation. Il en va de même pour les condamnations, même si l'on ne dispose que des données 2006. A noter que ces données font l'objet d'un éclairage spécifique (point 13 à la fin du rapport).

La prévention des délits (neuvième partie) se centre principalement sur les tests salivaires visant à détecter la présence de substances illicites chez les conducteurs d'un véhicule. Ceux-ci ont reçu l'assentiment du gouvernement pour leur usage, dont la généralisation est prévue au cours de l'année 2008, et ce malgré les réserves émises par la communauté médicale quant à leur efficacité.

La dixième partie aborde la hausse sensible des saisies de substances illicites par les services de police, gendarmerie et douanes. Les données TREND confirment en parallèle l'augmentation des prix de détails des principales substances, même s'il est difficile d'établir un lien causal simple entre la réduction de l'offre et les variations des prix de rue.

L'éclairage spécifique 2008 porte sur les statistiques d'interpellation et de condamnation pour infraction à la législation des stupéfiants (*Sentencing Statistics*, [lien direct](#)). Une première partie rappelle le cadre légal français quant aux infractions à la législation des stupéfiants (ILS) tant au niveau des trafics, des reventes et des usages de substances illégales ; dans la deuxième sont présentées les deux principales sources d'information (ministère de l'intérieur et de la justice) ; la troisième fait un état des lieux des dernières statistiques disponibles.

# PARTIE A: NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES

## 1. Politique nationale et contexte

### Politique nationale : contexte général

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

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

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

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

Pour une présentation synthétique de la question pénale des drogues en France, on pourra se référer à l'article de Barré (2008)<sup>2</sup>.

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

M. Etienne Apaire, directeur de la MILDT, a présenté en juillet 2008 le plan addictions 2008-2011.

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

Contexte social et culturel : La grande majorité de la population adhère aux mesures existantes de la politique de réduction des risques (traitement par produits de substitution, distribution libre de seringues) et reste globalement attachée aux mesures prohibitives à l'égard des stupéfiants (contre l'autorisation sous certaines conditions de l'usage de cannabis ou de l'usage d'héroïne), opposée à la mise en vente libre de cannabis (Legleye et al. (2008)). Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous

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

<sup>2</sup> [http://www.cesdip.org/IMG/pdf/EDP\\_no\\_105.pdf](http://www.cesdip.org/IMG/pdf/EDP_no_105.pdf)

contrôle médical, la moitié se déclare favorable à la délivrance d'héroïne et les trois quarts pour la prescription médicale de cannabis à certains grands malades. En 2002, les individus favorables à la mise en vente libre du cannabis sont plus nombreux qu'en 1999 mais restent minoritaires (24 % se déclarent d'accord avec cette proposition contre 17 % en 1999).

La population sera à nouveau interrogée sur ces problématiques fin 2008 dans le cadre de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP)

## 1.1 Cadre légal

### Loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR : INTX0600091L), centrée sur le traitement de la délinquance des mineurs, intègre également des mesures concernant la consommation de drogues. Ainsi par exemple, possibilité est donnée au juge de décider des injonctions de traitement médical à l'égard des usagers de stupéfiants. Le juge peut également prononcer, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, aux frais du contrevenant (pour plus de détail, voir 9.2).

En outre, la loi du 5 mars 2007 aggrave les sanctions prévues en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur » (jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende). Les peines pour les infractions commises sous l'emprise d'un stupéfiant ou en état d'ivresse sont également durcies.

### Modification de la liste des produits classés comme stupéfiants

Ont été dernièrement classés comme stupéfiants :

- les substances contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques, hétérocycliques ou leurs isomères destinés au consommateur et ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché (Décret n°2007-1636 du 20 novembre 2007<sup>3</sup>) ;
- L'oripavine (arrêté du 28/02/2008 publié au journal Officiel du 07/03). Il s'agit d'une déclinaison française d'une décision prise au niveau international par l'ONU suite à une recommandation de l'OMS. L'oripavine est un alcaloïde du pavot, facilement transformable en thébaïne et autres opiacés de synthèse.
- Faisant suite aux recommandations du Conseil, la BZP a été classée comme substance stupéfiante en France en mai 2008.

### Référentiel des actions de réduction des risques

Le second décret, relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est daté du 24 janvier 2008 et vise, d'une part, à préciser les règles budgétaires et comptables des CSAPA et à permettre le respect de l'anonymat pour les patients de ces centres, d'autre part, à abroger les

---

3

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000341445&dateTexte=20080216&fastPos=1&fastReqlid=1735414378&oldAction=rechTexte>

dispositions relatives aux missions des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et à modifier les différentes dispositions relatives aux CCAA et aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) pour leur permettre de s'appliquer aux CSAPA.

### Renforcement de la coopération pour lutter contre le trafic de stupéfiants

Voir la présentation du plan gouvernemental ci-dessous.

## **1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques**

Le 9 juillet 2008, Etienne Apaire, directeur de la MILDT, a présenté le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011, complétant le plan Addictions (voir RN 2007). Ce nouveau plan comprend 193 mesures, couvrant de nombreuses facettes des addictions. Le budget alloué est de 87,5 millions d'euros, s'ajoutant aux financements en cours.

Le plan établit le constat d'une prévention centrée sur les usages problématiques, la prévention universelle passant au second plan. L'accent est mis sur :

- La prévention et en particulier le rôle central des parents ;
- Les messages d'information visant à prévenir ou du moins retarder l'expérimentation, en particulier de l'alcool (entre autres mesures envisagées : l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, de la consommation d'alcool sur la voie publique aux alentours des établissements scolaires, de la vente au forfait et de l'offre gratuite à volonté d'alcool) ;

Au niveau répressif, la réduction de l'offre passera par :

- Le renforcement de la lutte contre le cannabis (auto-culture en particulier) et le mésusage des médicaments psychotropes ;
- La coopération accrue entre les services de police des pays, avec mention sur l'union méditerranéenne ;
- Des sanctions économiques plus sévères infligées aux personnes convaincues de trafic.

E. Apaire a aussi souligné la nécessité de renforcer le partenariat entre les différents ministères (Intérieur pour la lutte contre les trafics, Travail pour la prévention – car 20% des accidents notifiés seraient le fait d'un usage de drogues -, Santé et Education nationale pour les mesures en milieu scolaire, Budget et Justice pour la gestion des avoirs saisis, et la Recherche, afin de créer une filière addictologie en France). Le plan sera soumis à évaluation à l'issue de son application en 2011.

## **1.3 Budget et dépenses publiques**

La Loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF) a réformé en profondeur la gestion de l'État. Le budget général de l'État est désormais découpé en 34 missions, 133 programmes et près de 580 actions alors qu'antérieurement il était défini par ministère. Il existe maintenant un programme « drogues et toxicomanies » (dans le cadre de la mission santé) sous la responsabilité du président de la MILDT. Pour la mise en œuvre globale de ce programme et des actions, la MILDT s'appuie sur trois opérateurs : le groupement d'intérêt public (GIP) DATIS, le GIP OFDT et le GIP CIFAD (Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues).

Comme tout budget public, le financement de la MILDT relève maintenant de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF<sup>4</sup>), et ce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'action de la MILDT est dorénavant centrée autour de trois grandes actions:

**Tableau 1.1. Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2006-2007.**

<b>Actions</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
1. Coordination interministérielle des volets préventif; sanitaire et répressif	30,63	31,95	24,58
2. Expérimentation des nouveaux dispositifs partenariaux	5,50	3,05	0,50
3. Coopération internationale	1,20	1,50	1,50
<b>Total</b>	<b>37,33</b>	<b>36,50</b>	<b>26,58</b>

En millions d'euros. Sources : MILDT ; Ministère des finances.

Le budget 2008 a connu une réduction sensible, de plus de 27% par rapport à l'exercice précédent. En terme de volume, cette baisse a principalement porté sur la première action. Le budget alloué à l'action 2 a quant à lui été divisé par six. Le budget 2009 n'a pas encore été voté.

#### 1.4 Contexte social et culturel

Ce sont surtout le tabac et l'alcool qui ont mobilisé les médias français pendant la période étudiée : le premier autour de l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les cafés restaurants et autres lieux publics le 1<sup>er</sup> janvier 2008; le second principalement à propos de l'alcoolisation excessive des jeunes et d'un projet d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs. C'est ainsi l'alcool qu'ont choisi de mettre en avant les journaux lors de la première publication des résultats français de l'enquête HBSC (*Health Behaviour School Children*) en avril 2008 à l'instar du *Figaro* qui titre le 11 « l'initiation à l'alcool commence dès 11 ans ».

Côté drogues illicites le cannabis demeure la source d'intérêt majeure des journaux français.

« Le cannabis mérite-t-il tant de haine ? » questionne le magazine culturel *Technikart* du mois de septembre 2007 tandis que *Phosphore*, mensuel pour les 15-25 ans se demande « Faut-il avoir peur du cannabis ? » en couverture de son d'édition d'octobre 2007. Finalement, comme l'indique une dépêche publiée le 26 juin 2008 par l'AFP à l'occasion de la publication de la monographie de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies le cannabis est toujours une source de divisions. Outre ces débats récurrents liés à la dangerosité du produit, la thématique du trafic de cannabis est abordée à plusieurs reprises. Un travail de l'OFDT sur l'estimation du gain des dealers générés par le commerce de cannabis fait notamment l'objet d'un article dans *le Figaro* (3 décembre 2007) puis dans *le Monde* (15 février 2008). En parallèle une note de travail de l'OFDT sur l'estimation des dépenses induites par la consommation de cannabis est l'occasion pour *le Figaro* du 12 février de revenir sur ces sujets en titrant « tout ado fumeur de haschich risque de devenir dealer ».

4 La LOLF réforme l'ordonnance de 1959 et organise la procédure budgétaire de l'Etat autour de deux pôles: une logique de performance de la gestion publique; une transparence accrue de l'information budgétaire pour instituer un contrôle par le Parlement. Voir le site du Ministère de l'économie et des finances pour une présentation générale ; des budgets et des principaux rapports d'activité:  
[http://www.minefi.gouv.fr/themes/finances\\_etat/budget/index.htm](http://www.minefi.gouv.fr/themes/finances_etat/budget/index.htm)  
 pour la publication du budget 2006;  
[http://www.performance-publique.gouv.fr/cout\\_politique/depenses\\_etat/2007/TSDEPMSNFICHE\\_MSNSA.htm](http://www.performance-publique.gouv.fr/cout_politique/depenses_etat/2007/TSDEPMSNFICHE_MSNSA.htm)  
 pour le budget santé;  
<http://www.performance-publique.gouv.fr/performance/politique/pdf/2007/DBGPGMPGM136.pdf>  
 pour le budget spécifique alloué aux drogues et toxicomanies.

Les médias s'intéressent également à la mise en place des stages payants de sensibilisation pour les fumeurs. Evoqués dès le mois d'octobre 2007 (*le Parisien* du 11 octobre qui interroge le nouveau président de la MILDT Etienne Apaire), ils sont présentés par *le Monde* (8 janvier 2008) comme « la nouvelle arme anti-drogue du gouvernement ». L'annonce officielle de leur mise en place est faite le 11 mai 2008 (*Journal du Dimanche*). Le 10 juillet 2008 au moment où il évoque la mise en place du nouveau plan, *le Monde* leur consacre un nouvel article, témoignage de participants à l'appui.

D'une façon plus générale la présentation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011) se fait en insistant sur les actions à l'égard des plus jeunes « *le gouvernement mise sur la sensibilisation des parents* » titre *le Monde*. Quelques semaines plus tôt, annonçant le rendu public du plan lors d'un déplacement dans un lycée parisien, le Premier ministre François Fillon avait déjà évoqué « une longue bataille contre la drogue » et le rôle des parents (dépêche AFP du 2 juin 2008, *Le Figaro* du 3 juin 2008)

Lors de cette intervention le Premier Ministre insiste bien entendu sur le cannabis mais également sur la cocaïne ; logiquement, cette dernière substance est l'autre produit le plus souvent évoqué par les médias. La croissance de sa diffusion en Europe est largement commentée lors de la publication du Rapport annuel de l'OEDT (dépêches AFP et Reuters du 22 novembre 2007). *Le Monde* consacre pour sa part près d'une page à cette drogue le 2 mars 2008 en titrant en appel de une « la consommation de la cocaïne se banalise ». Un des intérêts de cette parution est de faire le point sur les consultations qui s'adressent aux consommateurs décidés à décrocher. Quelques jours après le Monde le sujet cocaïne est évoqué par *le Parisien* (5 mars). Dans une interview, Etienne Apaire répond à la question : « Va-t-on voir un jour débarquer la cocaïne au collège ? » « C'est un risque qu'il ne faut pas écarter. »

De son côté l'hebdomadaire *l'Express* fait sa couverture du 13 mars sur « Alerte à la cocaïne » (le 13 mars). Douze pages composent ce dossier qui ouvre sur un reportage en Amérique Latine.

Ces sujets liés aux trafics et aux saisies abondent toujours dans les journaux. « Saisies records de cocaïne par les douanes en 2007 » titre *le Figaro* du 19 mars ; tandis que *le Point* du 21 août s'intéresse à « L'or blanc des Blacks des cités. » La question des mules est également souvent traitée. Ainsi le cas d'une jeune fille originaire de Saint Martin et décédée à Orléans suscite une vague d'émotions : « Morte à 15 ans, 47 boulettes dans le ventre » annonce le journal du Dimanche du 30 mars. Un mois plus tard le *Nouvel Observateur* (1<sup>er</sup> mai) évoque à son tour ces « coursiers de la mort ».

D'autres substances font plus ponctuellement l'objet d'articles, parfois en liaison avec des faits divers. Ainsi en janvier (le 7) *le Parisien* consacre une double page aux champignons hallucinogènes revenant sur le décès d'une jeune française à Amsterdam et au fait que les Pays Bas pourraient interdire la vente libre des ces substances. Au mois d'avril (le 25) la mort d'un homme ayant consommé (entre autres) du GHB lors d'une soirée festive est l'occasion pour *Libération* d'évoquer sur une page « le GHB : de la drogue du violeur à la drague dure ». Enfin, durant l'été 2008, la diffusion d'un communiqué de presse relatif aux risques liés à la consommation d'héroïne est l'occasion de plusieurs reprises. Alors que le 6 août *le Parisien* signale que « la consommation d'héroïne reprend chez les jeunes » *le Monde* du 27 août 2008 s'inquiète « plus de jeunes accros à l'héroïne ».

## 2. Usages de drogues

### Usages de drogues : contexte général

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

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

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

- pour la population adulte : le Baromètre Santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé –INPES-, enquête quadriennale) ; Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP réalisée tous les 3 ans par l'OFDT) [Tableau épidémiologique n°1].
- pour la population scolarisée : European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) réalisée tous les 4 ans (INSERM-OFDT) [Tableau épidémiologique n°2]. L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) rend compte des usages des jeunes scolarisés âgés de 11, 13 et 15 ans.
- pour les jeunes : Enquête annuelle sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) réalisée par l'OFDT auprès de jeunes âgés de 17 à 19 ans. Cette enquête permet notamment d'interroger les jeunes qui ont quitté prématurément le système scolaire [Tableau épidémiologique n°30].

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des 10 dernières années. En 2005, 3 adultes de 15-64 ans sur 10 ont déjà expérimenté le cannabis, moins d'1 sur 10 en font un usage occasionnel ou régulier. La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux, même si certaines nuances peuvent être relevées. Le cannabis est un peu plus consommé par les élèves et les étudiants, les célibataires, les chômeurs et, parmi les actifs occupés, par les professions intermédiaires, et nettement moins par les ouvriers. Toutefois, les différences entre catégories socioprofessionnelles sont dans l'ensemble assez peu marquées.

Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales : on dénombre par exemple 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis, 1.1 million de cocaïne, 900 000 d'ecstasy ou encore 360 000 d'héroïne. Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne (3,3 % vs 3,8 %), des hallucinogènes (3,0 % vs 3,6 %) et de l'ecstasy entre 2002 et 2005 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits. Les niveaux d'expérimentation de l'héroïne sont quant à eux stables depuis une dizaine d'années.

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

A 17 ans, après le tabac, l'alcool, le cannabis (53,2 % chez les garçons et 45,6 % chez les filles) et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont: les poppers (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,7 %), les produits à inhaler et l'ecstasy (3,5 %) et, dans une moindre mesure, la cocaïne (2,5 %), les amphétamines (2,2 %) et le LSD (1,1 %) (d'après ESCAPAD 2005 Legleye et al. (2008).

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

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

Une étude récente sur les usages d'alcool au sein de la population des sans domicile offre un regard sur les niveaux d'alcoolisation des différentes catégories de personnes qui ont recours à des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. Elle a permis de mettre en évidence la diversité des pratiques au sein de cette population, suivant le type d'hébergement et de ressources, l'âge, le sexe et la nationalité des répondants. A la grande diversité des situations sociales rencontrées correspond ainsi une grande variété de comportements à l'égard de l'alcool (Legleye et al. (2008).

En milieu festif « techno », une étude quantitative (dite « TREND Musique électronique ») construite sur un échantillon ethnographiquement raisonné de 1496 individus s'est déroulée en 2004 et 2005 sur cinq sites français. Elle a permis de mesurer les prévalences d'usage au sein de 4 sous-populations<sup>5</sup> fréquentant cet espace, mais également d'étudier leurs pratiques et représentations. Elle montre la fréquence des usages de cocaïne (35 % au cours des 30 derniers jours) et d'ecstasy (32 %) comme celles de l'usage quotidien du cannabis (40 %). L'usage de cocaïne ou d'ecstasy plus d'une fois par semaine

---

5 Il s'agit : du groupe Alternatif (rave et free parties); du groupe Urbain (bars musicaux) composé de personnes, mieux insérés socialement qui comporte une part importante d'étudiants; du groupe *clubbing* (boîtes de nuit dédiées à la musique électronique), constitué en majorité d'une population hédoniste qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement et du groupe Sélect (boîtes nécessitant une co-optation ou bar exigeant une « tenue correcte »), population « chic et branchée » au niveau de vie plus élevé que dans les autres groupes.

concerne 18 % des personnes rencontrées dans l'ensemble de l'espace techno et 26 % dans l'espace Alternatif. Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne recensés est plus élevé que prévu : 23 % dans l'ensemble de la population enquêtée et 41% dans le milieu alternatif Reynaud-Maurupt et al. (2007).

Bien que la connaissance épidémiologique des toxicomanies en milieu professionnel soit freinée par des obstacles d'ordres divers (éthique, technique, financier, temporel, réglementaire, culturel, pratique), quelques éléments d'appréciation sont disponibles. En 1995, une étude portant sur les urines anonymisées de 1 976 salariés du Nord Pas de Calais a démontré que 17,5 % des salariés consommaient au moins une substance psychoactive, et jusqu'à 40 % des salariés aux postes de sécurité/sûreté Fontaine (2006). Pour la plupart des usagers intégrés en milieu professionnel, la consommation est cachée à l'entourage professionnel ; les temps de travail et les temps de consommation sont autant que possible dissociés Fontaine (2006).

Une étude qualitative parue en 2006 a par ailleurs porté sur les usagers de plantes et de champignons hallucinogènes Reynaud-Maurupt (2006).

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

En 2002, 61 % des Français déclarent se sentir bien informés sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999. En réponse à la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », les Français citent en moyenne 3,8 produits. Le produit le plus souvent cité est le cannabis (82 %), suivi de la cocaïne (60 %), de l'héroïne (48 %) puis de l'ecstasy (37 %) Legleye et al. (2008).

Le produit jugé le plus dangereux par les Français est l'héroïne, suivi loin derrière par l'ecstasy et la cocaïne, l'alcool et le tabac et enfin le cannabis (seules 2 % des personnes interrogées jugent que le cannabis est le produit le plus dangereux). Ce classement varie peu selon l'âge, le sexe ou la catégorie socioprofessionnelle. La dangerosité perçue du cannabis varie avec l'âge et le sexe et plus particulièrement en fonction de la proximité établie avec le produit (Legleye et al. (2008)).

Le prochain exercice de cette enquête est prévu fin 2008.

## **2.1 Usages de drogues en population générale**

Pas de nouvelle information disponible.

## **2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.**

L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est menée dans 41 pays ou régions du monde occidental. En France, cette enquête est coordonnée par le service médical du rectorat de Toulouse, avec la collaboration et le soutien de l'INPES et de l'OFDT. En 2006, elle a interrogé pour la seconde fois au niveau national, des élèves de 11, 13 et 15

ans scolarisés en France métropolitaine sur leurs comportements de santé et leurs consommations de produits psychoactifs. Les résultats présentés ici sont tirés de Legleye et al. (2008).

Le produit dont l'expérimentation (tableau 2.1) déclarée est la plus fréquente est l'alcool ; viennent ensuite le tabac, les ivresses alcooliques, le cannabis et enfin les autres drogues. La diffusion de l'alcool apparaît très précoce puisque 59 % des jeunes de 11 ans déclarent en avoir déjà bu alors qu'à peine 8 % disent avoir déjà fumé une cigarette. Par conséquent, l'élévation du niveau d'expérimentation mesurée entre les 11 et 15 ans est faible pour l'alcool (elle est multipliée par 1,4 entre ces deux générations), plus marquée pour le tabac et l'ivresse (le rapport est de 1 à 7), et très forte pour le cannabis (le rapport est de 1 à 25). L'expérimentation du tabac reste importante à 15 ans (54,5 %), malgré la forte baisse enregistrée par ailleurs dans la population adolescente et adulte ces dernières années.

Dans l'ensemble, ces expérimentations sont plus masculines, mais il existe des nuances importantes suivant les types de produits et l'âge des adolescents. Ainsi, pour les produits licites, y compris l'ivresse alcoolique, la surreprésentation masculine est marquée à 11 ans, mais l'écart entre les sexes est plus réduit à 13 et 15 ans. En définitive, si les garçons présentent des expérimentations plus précoces, celles des filles, plus tardives, sont aussi plus massives, du moins jusqu'à 15 ans. Pour le tabac, l'expérimentation est même légèrement plus féminine à cet âge.

**Tableau 2.1. Expérimentations de tabac, d'alcool, de cannabis suivant le sexe et l'âge (%).**

	Age	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble	Ratio 13/11 et 15/13	Ratio 15/11
Alcool	11 ans	64,0	53,9	1,2 ***	59,1		
	13 ans	73,8	71,1	1,0 ns	72,4	1,2	
	15 ans	84,3	83,0	1,0 ns	83,7	1,2	1,4
Tabac	11 ans	10,0	5,2	1,9 ***	7,6		
	13 ans	30,1	28,5	1,1 ns	29,3	3,9	
	15 ans	52,4	56,7	0,9 *	54,5	1,9	7,2
Ivresse	11 ans	8,6	3,7	2,3 ***	6,2		
	13 ans	16,7	14,5	1,2 ns	15,5	2,5	
	15 ans	43,8	37,6	1,2 **	40,8	2,6	6,6
Cannabis	11 ans	1,5	0,7	2,1 ns	1,1		
	13 ans	5,5	4,2	1,3 ns	4,8	4,4	
	15 ans	29,7	25,3	1,2 *	27,5	5,7	25,0

Lecture : \*, \*\*, \*\*\* et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif. Source : HBSC 2006, exploitation OFDT.

À 11 ans, moins d'un jeune sur deux (41 %) déclare n'avoir jamais expérimenté de produit psychoactif quel qu'il soit. Cette proportion d'abstinents s'abaisse nettement avec l'âge puisque seulement 13 % sont dans ce cas à 15 ans. Ces niveaux élevés restent principalement dus à l'alcool : s'il n'est plus pris en considération, l'expérimentation de produits est très marginale. Un basculement s'amorce après 13 ans : près de six jeunes de 15 ans sur dix (56 %) ont déjà expérimenté le tabac ou une drogue illicite et près de trois sur dix (28 %) déclarent même avoir déjà consommé au cours de leur vie un produit licite (tabac, alcool) et au moins une drogue illicite.

### Produits illicites et détournés.

À l'exception du cannabis, les expérimentations de drogues illicites ou de produits détournés sont rares (tableau 2.2). Les produits les plus répandus sont les produits à inhaler (colles, solvants, etc.) avec 5 % d'expérimentateurs, puis la cocaïne ou le crack (2,7 %), les amphétamines, les « médicaments pour se droguer » (suivant l'appellation figurant dans le questionnaire), tous aux alentours de 2 %, et enfin l'héroïne et le LSD, sous la barre des 1 %. La catégorie résiduelle des « autres produits » est quant à elle déclarée par 7,5 % des jeunes, mais son contenu est inconnu. En particulier, le caractère psychotrope, illégal ou non redondant avec les substances déjà mentionnées est incertain, notamment pour le cannabis, connu sous de très nombreuses appellations locales suivant sa nature, sa provenance et sa qualité.

**Tableau 2.2. Niveaux d'usages à 15 ans au cours des 12 derniers mois de produits illicites ou détournés (%).**

	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble
Produits à inhaler	4,7	5,3	0,9 ns	5,0
Cocaïne & crack	2,8	2,6	1,1 ns	2,7
Amphétamines	2,7	1,8	1,5 ns	2,2
Médicaments pour se droguer	1,1	3,1	0,3***	2,0
Ecstasy	1,3	0,8	1,6 ns	1,1
Héroïne	1,2	0,9	1,3 ns	1,0
LSD	0,5	0,6	0,8 ns	0,5

Lecture : \*, \*\*, \*\*\* et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif. Source : HBSC 2006, exploitation OFDT.

Pour tous ces produits, le *sex ratio* est proche de 1 et l'écart entre les sexes non significatif, même pour l'ecstasy et les amphétamines (1,6 et 1,5 respectivement), à l'exception des « médicaments pour se droguer », plus expérimentés par les filles, comme le sont les médicaments psychotropes en général à l'adolescence Legleye et al. (2008). La non significativité des écarts est principalement due à la faiblesse des effectifs d'expérimentateurs concernés à cet âge où le processus de diffusion est encore largement inachevé. En cela ce résultat est aussi analogue à ce qui est observé pour les expérimentations de cannabis à 11 ans, rares et partagées entre les sexes.

## 2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques

### Les nouveaux migrants (national report/populations spécifiques)

Depuis l'année 2002, les observateurs appartenant au dispositif TREND font état dans les structures de première ligne de l'existence d'une population de plus en plus nombreuse issue des « nouvelles » migrations.

Cette année-là, quatre sites - Ile-de-France, Lyon, Marseille et Metz - rapportent l'émergence d'une population d'usagers de drogues provenant essentiellement d'Europe de l'Est et fréquentant les « boutiques » et les « Programmes d'échange de seringues » (PES). A l'époque, les observateurs de l'espace urbain<sup>6</sup> évoquent une population composée, pour une grande part, de personnes jeunes et vivant dans des conditions extrêmement précaires. Elles se distinguent de la clientèle habituelle par leur jeune âge, une méconnaissance des principes de la réduction des risques et des comportements violents favorisés, notamment,

<sup>6</sup> L'espace urbain défini par TREND recouvre essentiellement les structures de première ligne (boutique et programmes d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.

par une forte consommation d'alcool. Au sein de cette population deux sous-groupes étaient distingués :

- des usagers ayant commencé des consommations de produits en France par de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) obtenue généralement par l'intermédiaire du marché parallèle ;
- des usagers arrivés en France en ayant commencé une consommation dans leur pays d'origine, laquelle se caractérise notamment par une forte présence de l'héroïne et des amphétamines prises par voie injectable.

Depuis ce constat, les observateurs rapportent une diversification de l'origine des populations avec notamment l'émergence d'usagers provenant d'Asie (Chine), du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

L'investigation spécifique, menée pendant l'année 2005<sup>7</sup>, sur la question des « nouvelles »<sup>8</sup> populations migrantes a permis en effet d'identifier, outre les Européens de l'Est, de nouveaux groupes provenant d'Afrique du Nord et subsaharienne et du continent asiatique - notamment de Chine. Contrairement aux personnes en provenance de l'est de l'Europe, l'immigration chinoise est une immigration structurée en vue de fournir de la main d'œuvre aux réseaux de travail clandestin. Ces migrants trouvent en général du travail au sein de leur communauté d'appartenance. En 2005, la fraction de cette population, usagère de drogues, est devenue de plus visible à Paris et notamment par les personnes travaillant dans le cadre du « bus méthadone » puisqu'elle constituait, cette année là, environ 7 % des nouveaux arrivants dans le programme. Pour les intervenants, la quasi-totalité des personnes qu'elles ont côtoyées sont des hommes plutôt jeunes consommant de l'héroïne blanche, laquelle est, semble-t-il, très disponible au sein des communautés asiatiques. Cette consommation a souvent démarré en Chine. Contrairement à la plupart des usagers provenant de l'est de l'Europe, ces usagers ne sont pas poly-consommateurs et s'en tiennent à l'héroïne exclusivement. Par ailleurs, elles se différencient par le mode d'administration choisi, qui est le plus souvent « la chasse au dragon »<sup>9</sup> et un mode d'intégration communautaire par le travail qui leur assure des conditions de vie décentes au regard de la profonde désaffiliation que vivent les migrants de l'est européen.

La population d'usagers issue du Maghreb présente sur le plan du profil socio démographique de nombreuses affinités avec les populations provenant d'Europe de l'Est et du Caucase. Il s'agit en effet d'une population plutôt jeune, à dominante masculine et vivant le plus souvent dans une situation précaire aussi bien sur le plan de sa situation légale que sociale. Elle est également très proche en matière de consommations. Les observateurs de l'espace urbain située dans la région parisienne et à Marseille font état de poly-consommations nettement dominées par la présence des médicaments psychotropes tels que le Subutex®, le Rohypnol® et le Rivotril® associées à l'alcool et au cannabis. Deux points cependant viennent différencier les deux populations. D'une part, le mode d'administration, les nouveaux arrivants du Maghreb ayant davantage tendance en effet à recourir à la voie orale et d'autre part le degré de désaffiliation. Il semblerait que celui-ci soit bien moindre que pour les populations originaires de l'est du continent européen. Cela s'expliquerait notamment par la forte présence en France des communautés dont ils sont originaires, laquelle assurerait des liens de solidarité minimums permettant aux usagers les plus vulnérables de ne pas tomber dans la grande marginalité. En outre, la proximité culturelle avec la France, et notamment le facteur linguistique, favorise une intégration plus rapide à la prise en charge sociale et sanitaire.

---

<sup>7</sup> Le rapport relatif à cette investigation spécifique sera disponible sur le site de l'OFDT dans le cours du mois d'octobre.

<sup>8</sup> « Nouvelles » au sens de dernières arrivées.

<sup>9</sup> Méthode qui consiste à inhaler les vapeurs dégagées par la combustion de l'héroïne.

Un certain nombre de dénominateurs communs, en dépit des différences d'origine, caractérisent les populations migrantes usagères de drogues : la jeunesse (18-30 ans), la masculinité, la « carrière » toxicomaniaque (qui débute le plus souvent dans le pays d'origine) et la précarité. Au delà de ces caractéristiques communes, les différenciations à l'œuvre dans les parcours respectifs sont nombreuses que ce soient en termes de produits consommés et de mode d'administration. Il en va ainsi s'agissant du rapport à la précarité. Même si la plupart de ces jeunes hommes, toutes origines confondues, sont en situation irrégulière, il apparaît que la présence ou non d'une communauté d'accueil sera déterminante dans la possibilité de s'intégrer sur le plan social dans le pays d'accueil. Ce faisant, il semble bien que ce soit les usagers originaires d'Europe de l'Est qui constituent la population la plus démunie et donc la plus problématique à prendre en charge pour les professionnels du champ. Ces modalités de consommation et d'existence se rapprochant le plus de la frange « autochtone » la plus marginalisée fréquentant les structures de première ligne.

## **2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers**

Enquête EROPP.

Pas de nouvelle information disponible.

### 3. Prévention

#### Contexte général

##### Cadre législatif :

La prévention des drogues n'est que très partiellement abordée par la législation française. En la matière, ce sont principalement l'usage, la publicité ou les conditions d'accessibilité de l'alcool ou du tabac<sup>10</sup> qui sont abordés par le législateur. Depuis novembre 2006, l'interdiction de fumer dans les lieux à un usage collectif (loi Evin) a été généralisée aux lieux accueillant du public, y compris les lieux de travail, mais avec une dérogation jusqu'en février 2008 pour les lieux récréatifs et de restaurations<sup>11</sup>. Peu de textes traitent de la prévention des drogues illicites. La loi fondatrice de la lutte contre les drogues – loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 – ne l'aborde pas. En 2004, pour la première fois, une loi dispose qu'une « *information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées (...)* »<sup>12</sup>. Elle fixe également un seuil minimal « *d'une séance annuelle, par groupes d'âge homogène* ». Dans ce contexte, les circulaires du ministère de l'Éducation nationale définissent depuis 1990 les grandes orientations en matière de prévention des drogues dans le cadre plus général de la prévention des conduites à risques.

Élément nouveau, en 2007, la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 établit la création de stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants pour les usagers interpellés. Son décret d'application paraît en 2007 mais il faut attendre 2008 pour la parution de la circulaire définissant le cahier des charges de ce nouveau dispositif<sup>13</sup>.

##### Coordination politique, du niveau central au local :

L'impulsion et la coordination des politiques de prévention dans le domaine des drogues reviennent à la MILDT. Les orientations nationales sont définies par le plan gouvernemental dont elle est le dépositaire.

Le *plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool* et le programme quinquennal 2003-2008 de prévention et d'éducation du ministère de l'Éducation nationale<sup>14</sup> posent le principe d'une harmonisation et d'une généralisation de la prévention, à travers une programmation tout au long du cursus scolaire (dès l'école primaire).

Le plan 2008-2011 établit le constat d'une prévention centrée sur les usages problématiques, la prévention universelle passant au second plan. L'accent est mis sur :

<sup>10</sup> Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991, p. 4148 (NOR : SPSX9000097L), Loi n°2003-715 instaurant l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (JO du 3 août 2003). Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, NOR:SANX0609703D.

<sup>11</sup> Des fumoirs répondant à des normes strictes peuvent être installés, sauf dans les établissements scolaires, les établissements de santé et les lieux accueillant des mineurs, entièrement non-fumeurs. Seuls les lieux récréatifs et de restaurations bénéficient d'une dérogation jusqu'en février 2008 pour se mettre aux normes.

<sup>12</sup> Loi de programmation de la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.

<sup>13</sup> Décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale et Circulaire CRIM 08-11/G409.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances du 9 mai 2008 (NOR JUS D0811637 C).

<sup>14</sup> Instauré par le circulaire n°2003-210- du 11 décembre 2003 ; NOR : MENE0302706C.

- La prévention et en particulier le rôle central des parents ;
- Les messages d'information visant à prévenir ou du moins retarder l'expérimentation, en particulier de l'alcool (entre autres mesures envisagées : l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, de la consommation d'alcool sur la voie publique aux alentours des établissements scolaires, de la vente au forfait et de l'offre gratuite à volonté d'alcool) ;

D'autres plans d'action participent aux orientations nationales dans le champ de la prévention des drogues. C'est le cas du plan national de lutte contre le cancer 2003-2008 – qui a provoqué un réel élan et un appel de fonds pour les actions à l'encontre du tabac – mais aussi du plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions du Ministère chargé de la santé. Ce dernier met particulièrement l'accent sur le repérage précoce et les dispositifs d'accueil des usagers (cf. section « Prévention sélective »).

Dans chaque ministère concerné, un service, interlocuteur de la MILDT, coordonne les objectifs de prévention entre le niveau central et le déconcentré. La déclinaison des orientations nationales au plan local s'appuie donc sur les services déconcentrés de l'État mais aussi sur les chefs de projet « drogues et dépendances » (CPDD), nommés au sein du corps préfectoral, représentants locaux de la MILDT.

Sous la coordination de la MILDT, le chef de projet définit et anime la politique de prévention du département. Pour cela, il dispose de crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels et consulte les institutions locales (services de l'État, autorités judiciaires, collectivités territoriales<sup>15</sup> et si possible principales associations), afin de coordonner les objectifs des acteurs publics et de déterminer les financements.

Parallèlement, des dispositifs de coordination territoriaux et trans-sectoriels, relevant de la santé ou de la lutte contre l'exclusion sociale (PRSP), de la sécurité ou de la politique de la Ville (CLS, CEL)<sup>16</sup> permettent également de répartir les crédits publics. De plus, l'identification de zones d'intervention prioritaire (ZUS ou ZEP<sup>17</sup>), établie sur des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité (taux d'élèves en retard scolaire et taux d'élèves boursiers) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés.

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

#### Principes et caractéristiques de la prévention :

Depuis 1999, la lutte contre les drogues est élargie aux substances psychoactives licites telles l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

<sup>15</sup> Administrations décentralisées, départementales ou régionales, autonomes et ayant des compétences propres par exemple dans les domaines de la santé, de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection de l'enfance.

<sup>16</sup> PRSP : les Programmes régionaux de santé publique remplacent les Programmes régionaux de santé (PRS) et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS) ; CLS : Contrats locaux de sécurité ; CEL : Contrats éducatifs locaux.

<sup>17</sup> ZUS : Zones urbaines sensibles ; ZEP : Zones d'éducation prioritaires.

Elle soutient deux principes forts : l'intervention précoce auprès des jeunes, pour retarder l'âge de l'initiation des consommations, et une intervention qui vise non seulement à empêcher l'usage mais aussi à limiter les abus.

La prévention des drogues s'est toujours inscrite dans une logique d'extension des droits communs et des services, garantis par l'État ou délégués au secteur associatif, selon une logique de proximité (pour les niveaux décisionnels et d'intervention). Ainsi, la majorité des actions de prévention des dépendances relève de la prévention universelle et se déroule en milieu scolaire où elle implique largement la communauté éducative tant pour la coordination que pour la conduite des actions. La prévention « sélective » ou « indiquée » est principalement le fait des acteurs associatifs spécialisés (notons que les termes de prévention « universelle », « sélective » ou « indiquée », ne sont pas usités en France).

La prévention des drogues est caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes. Néanmoins, en 2006, un guide pratique d'intervention en milieu scolaire a été diffusé par le Ministère de l'Éducation nationale et la MILDT (cf. section « Prévention universelle »). De plus, grâce aux diverses initiatives pour professionnaliser le domaine, harmoniser les principes d'action, certaines approches font leur chemin : le fait d'aller au-delà de l'information sur les risques ; l'interactivité ; le développement de compétences psychosociales, etc. Cependant, le *modus operandi* des compétences psychosociales demeure encore flou pour de nombreux acteurs.

#### Dispositifs de soutien aux décideurs et professionnels :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes médiatiques).

Les Centres d'information régionaux sur la drogue et les dépendances (CIRDD) constituent un appui technique aux chefs de projets drogues et dépendances et aux administrations. Ils remplissent une fonction de documentation, de conseil méthodologique pour l'élaboration de projets et enfin d'observation, notamment en matière de prévention.

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

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les acteurs associatifs spécialisés sont constitués en organisations fédératives – FNES, ANPAA, ANIT FFA, CRIPS<sup>18</sup>. Toutes ces associations organisent des formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseau documentaire liés à la prévention de l'usage de substances psychoactives.

#### L'observation de la prévention aujourd'hui :

Le dispositif d'observation ReLION sur les actions de prévention locales a été expérimenté dans 9 des 26 régions françaises en 2007, grâce au réseau des CIRDD, sous l'impulsion de la MILDT. Coordonné par l'OFDT, ce système vise à

<sup>18</sup> FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé ([www.fnes.info](http://www.fnes.info)) ; ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (fondée en 1872, [www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)) ; ANIT : Association nationale des intervenants en toxicomanie, ([www.anit.asso.fr](http://www.anit.asso.fr)) ; FFA : Fédération française d'addictologie ([www.addictologie.org](http://www.addictologie.org)) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida, ([www.lecrips.net/reseau.htm](http://www.lecrips.net/reseau.htm)).

recueillir des indicateurs simples afin de tirer les principales caractéristiques des actions de prévention locales liées à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychotropes, aux drogues illicites ou aux produits de dopage.

Le rapport national fournit le détail méthodologique de cette enquête dite « ReLION » (*Recensement local d'indicateurs pour l'Observation nationale des actions de prévention liée aux drogues licites et illicites*). Les détails méthodologiques et les résultats de l'enquête sont également disponibles à l'adresse [www.ofdt.fr/relion](http://www.ofdt.fr/relion).

Les autorités ministérielles et régionales, notamment celles de l'Education nationale et de l'application de la loi, ont été préalablement informées de l'enquête, parmi ces dernières, la plupart ont y apporté le soutien.

Dans la plupart des territoires concernés, cette enquête a obtenu le soutien des autorités locales de l'Education nationale et de l'application de la loi. Néanmoins elle a été menée sur la base du volontariat des structures sollicitées. Le taux de réponse de 16 % obtenu en 2007, jugé modeste par les décideurs, mène à envisager de nouvelles options quant aux conditions d'inclusion des structures répondantes (principalement des établissements scolaires), à leur échantillonnage et au soutien institutionnel de l'enquête. Ces amendements substantiels du protocole méthodologique seront discutés à partir de septembre 2008 mais conduiront certainement à un report du prochain exercice (initialement prévu pour le premier trimestre 2009).

### **3.1 Prévention universelle**

La prévention universelle demeure en France l'approche majoritaire en matière de prévention liée aux drogues licites ou illicites. Selon l'enquête ReLION 2007 (cf. *supra* « L'observation de la prévention aujourd'hui »), 86.5% des actions recensées relève de la prévention universelle et ce en milieu scolaire dans 8 cas sur 10.

L'année 2007 n'a pas connu de nouveau développement dans le domaine de la prévention universelle. Les orientations nationales en la matière sont demeurées celles énoncées par le *Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool* et le *Programme 2003-2008 de prévention et d'éducation* du ministère de l'Éducation nationale, décrites plus longuement dans le rapport national précédent.

#### Prévention universelle dirigée vers les communautés

Ce pan de la prévention n'a pas connu de développement particulier en 2007.

#### Prévention universelle dirigée vers les familles

Ce pan de la prévention n'a pas connu de développement particulier lors de l'année 2007.

### **3.2 Prévention sélective**

L'enquête ReLION 2007 a fourni une estimation de la part des actions relevant de la prévention sélective en France. Dans les 9 régions couvertes par l'enquête ReLION en 2007, 13.5% des 2378 actions recensées s'adressaient à des publics pris en charge par des institutions sociales ou judiciaires (cf. données fournies dans le rapport national précédent).

#### Milieu récréatif

Pas de nouveau développement.

### Groupes à risques

La principale évolution intervenue en prévention sélective en 2007 concerne l'instauration, par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, de stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants pour les usagers interpellés (cf. aussi section « Prévention des délits et de la criminalité liée à l'usage de drogues »). Néanmoins la circulaire d'application de ces stages ne paraîtra pas avant la fin de l'année 2007, et c'est l'année suivante que les premiers stages seront mis en place. Le Procureur de la république peut proposer ce stage aux personnes interpellées pour usage, âgées de treize ans au moins, dans le cadre des alternatives aux poursuites ou de la composition pénale<sup>19</sup> ou encore à titre de peine complémentaire. Ces stages de sensibilisation ont pour but de faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables de l'usage des drogues illicites pour lui (pour sa santé) et pour la société de façon à ce qu'il modifie ses habitudes d'usage. Les frais du stage sont à la charge de l'utilisateur (ils ne peuvent guère excéder le montant de l'amende prévue pour les contraventions de 3<sup>ème</sup> classe, soit 450 Euros), sauf cas exceptionnel déterminé après l'examen de sa situation familiale ou sociale. Les stages seront délivrés par des associations spécialisées conventionnées à des groupes de 7 à 12 personnes, séparant majeurs et mineurs. La durée prévue des stages est de deux jours (continus ou fractionnés sur deux mois au maximum), totalisant ainsi un maximum de 2\*6h. Ces stages de sensibilisation feront l'objet d'une évaluation nationale.

### **3.3 Prévention indiquée**

Depuis février 2005, 250 consultations « cannabis », annoncées par le plan gouvernemental, ont ouvert leurs portes sur l'ensemble du territoire français. Dirigées vers les jeunes en difficulté du fait de leur consommation de cannabis ou d'autres drogues et vers leurs parents, ces structures d'accueil et de soutien sont anonymes et gratuites. Ces consultations entrent dans le cadre du système d'information RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge, coordonné par l'OFDT) en vigueur dans les CSST et les CCAA. Cependant, dès leur lancement, elles ont fait l'objet d'une enquête spécifique (Obradovic 2006), commentée dans le rapport national précédent, et réitérée en 2007 (à paraître).

Selon cette dernière enquête, au printemps 2007, on recensait 274 « consultations jeunes consommateurs » en activité labellisées par les Préfets de région (contre 266 en 2005). Huit sur dix (78%) ont répondu à la 2<sup>ème</sup> édition (2007) de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation : elles déclarent avoir reçu au cours d'un mois donné 2938 consommateurs et 844 personnes de l'entourage d'un consommateur (venues seules ou en accompagnement). Huit consultés sur 10 sont venus consulter seuls tandis qu'un consultant sur cinq seulement est venu accompagné (d'une ou plusieurs personnes) de l'entourage.

On peut estimer le nombre de consommateurs accueillis en consultation cannabis à 16 600 personnes environ au cours de la première année (de mars 2005 à mars 2006 - source : SIMCCA). Une extrapolation complémentaire, réalisée à partir des 2 éditions successives de l'enquête un mois donné et du recueil SIMCCA, permet d'évaluer le nombre total de consommateurs (pour l'essentiel, de cannabis) vus au cours des 2 premières années du dispositif (de mars 2005 à mars 2007) à 30 000 personnes environ (sans compter l'entourage).

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011), qui reprend l'objectif du Plan addictions du Ministère de la Santé (2007-2011), vise à porter le nombre de jeunes bénéficiant des consultations cannabis à 120 000 personnes.

---

<sup>19</sup> Procédure permettant au procureur de la République de proposer une ou plusieurs mesures à une personne reconnaissant avoir commis une contravention ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à 5 ans.

Parmi les consommateurs (qui forment 78% de l'ensemble du public), l'âge moyen est de 23,2 ans et, en 2007 comme en 2005, les garçons sont nettement majoritaires (à 81%). Par rapport aux niveaux de consommation enregistrés en 2005, les fréquences d'usage de cannabis semblent en baisse (45% d'usagers quotidiens en 2005 vs 38% en 2007) et la sur-représentation des usages quotidiens parmi les filles est encore plus nette qu'en 2005 (43% vs 37% chez les garçons, soit 6 points d'écart vs 2 points en 2005).

La majorité des consommateurs reçus en consultation sont de jeunes majeurs âgés de 18 à 25 ans (57%), 17% sont des mineurs et plus d'un quart (26%) sont âgés de plus de 25 ans. Les filles apparaissent en moyenne plus âgées que les garçons (24,2 ans vs. 23,0 ans), ce qui s'explique par un motif de recours aux consultations plus fréquemment spontané (35% des filles vs 19% des garçons), qui s'avère fortement corrélé à l'âge. Les garçons sont quant à eux majoritairement adressés par la justice (55% des garçons vs 21% des filles), ce qui place la filière de recrutement judiciaire en tête (48% des motifs de consultation), loin devant les autres (recours spontanés : 22%, orientation familiale : 14%, orientation par un médecin ou un professionnel de santé : 7%, autres : 9%).

Parmi les consultants adressés par la justice, majoritairement des hommes (92%), près de neuf sur dix sont des majeurs (88%) : l'orientation judiciaire représente environ 60% des venues en consultation parmi les 18-25 ans. Les personnes en situation d'activité professionnelle sont sur-représentées parmi les consultants adressés par la justice entre 18 et 25 ans, par rapport aux personnes en situation de chômage ou sans activité. C'est aussi parmi les consultants adressés par la justice que la part des usages quotidiens de cannabis est la plus faible (27%), alors que plus de la moitié des consultants venus spontanément (53%) ou sur incitation médicale (54%) déclarent fumer du cannabis quotidiennement.

Les consultants orientés par la justice se distinguent également par leurs motivations d'usage, qui sont significativement plus souvent des raisons hédonistiques ("recherche de plaisir, de convivialité, de partage"). Les consultants sous main de justice fument significativement moins souvent pour lutter contre l'anxiété (avec une visée auto-thérapeutique) et ils éprouvent moins souvent un sentiment de dépendance au produit.

Parmi les consommateurs qui viennent pour la première fois en consultation cannabis (un peu plus de la moitié du public un mois donné), 54% sont adressés par la justice; parmi ceux qui viennent pour la 2ème fois, ils sont 58%. A partir de la 3ème consultation, la part des consommateurs adressés par la justice décline et ils sont moins de 30% à venir pour la 6ème fois ou plus (36% parmi les consultants venus spontanément). La durée de séjour dans le dispositif est donc dépendante du motif de recours initial à la consultation cannabis.

Parmi les primo-consultants, près de la moitié revient pour une 2ème consultation en déclarant avoir diminué la fréquence d'usage du cannabis (alors que 47% font état d'une consommation stable et 3% disent avoir augmenté leur consommation). Il faut souligner toutefois qu'une partie non négligeable semble avoir parallèlement augmenté sa consommation d'alcool et/ou de tabac. A l'inverse, la moitié des consultants décrochent du suivi et ne sont pas revus : c'est après la 1ère consultation que le taux de drop out semble le plus élevé (51%) : il baisse tout au long du parcours de soins suivi au sein de la consultation cannabis, sauf après la 3è consultation où on observe un pic ascendant (43% de drop out). En effet, le "cap" de la 3è consultation semble décisif puisque c'est aussi à ce stade que la part des consultants déclarant avoir réduit leur consommation de cannabis d'une consultation sur l'autre est la plus élevée : elle atteint 57% des consultants qui se sont maintenus dans le dispositif, après la 3è comme après la 4è consultation.

## 4. Usage problématique

### Usage problématique : contexte général

Prévalence estimée : plusieurs méthodes d'estimation ont été utilisées en France pour produire une estimation nationale de la prévalence de l'usage problématique d'héroïne et de cocaïne en 1999 Costes (2007). Le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème se situe entre 150 000 et 180 000, correspondant à des taux de prévalence parmi la population des 15-54 ans de 3,9 pour mille à 4,8 pour mille [Tableau épidémiologique n°7].

En 2005 et 2006, la Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (NEMO) a été réalisée pour produire des estimations locales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés, cocaïne, autres stimulants et hallucinogènes dans six agglomérations françaises (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) et dans un département d'outre-mer (La Martinique). Les résultats provisoires de cette étude donnent des taux de prévalence dans la population des 15-64 ans variant de 7,6 pour mille à Rennes à 10,8 pour mille à Lille. Ces estimations locales, calculées en utilisant la méthode capture-recapture, seront utilisées pour réactualiser fin 2007 l'estimation nationale de la prévalence de l'usage problématique de drogues. En 1999, les taux de prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne (héroïne, Skénan®, Subutex®, méthadone et cocaïne) variaient de 15,3 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Nice à 6,5 pour mille personnes de 15 à 59 ans à Toulouse Chevallier (2001) [Tableau épidémiologique n°8].

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

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

Un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen [TDI ; Tableau épidémiologique n°3 et n°4] a été mis en place en France en 2004. Le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) permet de disposer de données individuelles, collectées de manière continue et théoriquement exhaustive, sur l'ensemble des patients pris en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Les centres de soins sont de trois types : ambulatoires, avec hébergement et situés en milieu pénitentiaire. L'enquête RECAP a été réalisée en 2005 pour la première fois à l'échelon national (Palle et Vaissade, 2007). Les résultats de RECAP en 2006 ont permis de dégager les principales caractéristiques socio-économiques et de décrire les consommations de drogues des personnes qui ont commencé un traitement pour usage de drogues entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2006 dans les centres de soins ambulatoires, les nouveaux patients. L'analyse des données RECAP permet aussi de dessiner le profil plus spécifique des patients pris en charge pour la première fois dans leur vie, les primo-consultants.

En 2006, une enquête spécifique, PRELUD, a été réalisée auprès des usagers fréquentant les structures de bas seuil (boutiques et programmes d'échange de seringues). Menée sur 9 sites métropolitains (Bordeaux, Dijon, Lyon, Lille,

Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse), elle fait suite à l'enquête dite « première ligne » menée jusqu'en 2003 dans les douze sites intégrés au dispositif français d'observation des tendances récentes (TREND). Elle permet de décrire le profil des usagers fréquentant les structures de première ligne. Les données 2006 ont été comparées aux données 2003 restreintes à ces 9 sites.

En 2006, parmi les usagers de structure de « première ligne », les substances illicites les plus consommées au cours du mois écoulé, mis à part le cannabis, sont, la cocaïne, majoritairement sous forme de chlorhydrate, l'héroïne, les amphétamines et l'ecstasy. Si l'on tient compte des médicaments, la BHD est la substance la plus fréquemment consommée, majoritairement dans un but thérapeutique Cadet-Tairou et al. (2007).

A partir de 2006, une enquête obligatoire, Ena-Caarud, exhaustive une semaine donnée, est menée dans l'ensemble des structures reconnues comme Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), voir Toufik, (2008). Elle confirme sur une base exhaustive le poids de chaque produit dans les consommations. Elle montre surtout la part importante des femmes parmi les jeunes générations et l'importance des partages de matériels autres que la seringues parmi les usagers les plus jeunes (Toufik et al., 2008)

La France dispose en outre depuis 1999 d'un dispositif de repérage et d'observation des tendances émergentes liés aux psychotropes illicites ou détournés de leur usage (dispositif TREND). Il centre ses observations sur les populations à forte prévalence d'usage. Il s'appuie principalement sur les outils qualitatifs (notamment ethnographiques) et quantitatifs de recueil d'information, mis en œuvre par un réseau de sept coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse) piloté par l'OFDT. L'ensemble de ces données est analysé par les coordinations locales et fait ensuite l'objet d'une mise en perspective au niveau national entre elles mais également avec les autres sources de données disponibles.

Le dispositif constate en 2006 et 2007, une diffusion des usages de drogues (hors cannabis) à des sphères de plus en plus diverses de la société. La cocaïne poursuit sur cette tendance et concerne des profils sociaux de plus en plus diversifiés. Depuis plusieurs années ce processus semble à l'œuvre pour l'usage des opiacés (produits de substitution et héroïne) qui concerne parfois des personnes tout à fait insérées socialement et dans les milieux « techno » où elle était culturellement proscrite Concernant également les usagers, les éléments qualitatifs recueillis font état d'une féminisation des usages chez les jeunes (Reynaud-Maurupt et al., 2007), Cadet-Tairou et al., 2008, Toufik et al., 2008).

Des mésusages de BHD sont toujours rapportés (injection, sniff revente, défonce, polyusage, usages non substitutifs<sup>20</sup>), vraisemblablement facilités par la disponibilité du produit sur les marchés parallèles urbains Bello, P-Y. et al. (2004; Bello, Pierre-Yves et al. (2003; Cadet-Tairou et al. (2007; Escots et al. (2003). Les stimulants synthétiques (MDMA, amphétamine principalement) voient les formes « poudre » et « cristaux » occuper une part de plus en plus importante dans les consommations, par rapport aux comprimés, considérés comme moins « tendance ». Ils sont, par ailleurs, de plus en plus observés parmi les usagers de rue de l'espace urbain. L'usage des hallucinogènes naturels ou synthétiques continue à progresser lentement parmi les amateurs de produits psychoactifs à l'exception du LSD dont la disponibilité et la consommation progressent

<sup>20</sup> Primo-usages et primo-dépendance) (Bello, P-Y. et al. 2004b; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Cadet-Tairou et al. 2007; Escots et al. 2003)

nettement en 2006 et 2007 et du GHB qui tend à se banaliser dans le microcosme festif gay.

Depuis 2001, la pratique de l'injection récente diminue tandis que celle du sniff semble progresser. Ainsi, les usagers d'héroïne s'initieraient de plus en plus fréquemment par le sniff pour passer, éventuellement, à l'injection plus tardivement que par le passé. La situation est moins claire depuis 2005 : l'injection récente cesse de décroître dans les centres spécialisés et les structures de réduction des risques et les observations ethnographiques font état de groupes de consommateurs jeunes et très précarisés où la pratique de l'injection s'intensifierait Cadet-Taïrou et al. (2007; Centre D'évaluation Et D'information Sur La Pharmacodépendance (Ceip) De Marseille (2006).

Parmi les personnes s'étant injectées au cours du mois écoulé, il s'avère qu'en 2006, une part non négligeable continue à partager le matériel d'injection. Dans les CAARUD (structures dite « bas seuil » ou première ligne) 20.4 % ont partagé un ou plusieurs des éléments indispensables à l'injection (seringues, eau de préparation, eau de rinçage, récipient ou filtre) (Etude Ena Caarud, Toufik et al, 2008). L'étude Prelud retrouve même jusqu'à 30 % de « partageurs » parmi les injecteurs récents (seringue, cuillère ou filtre). Parmi les sniffeurs, 30 % également ont partagé leur paille Cadet-Taïrou et al. (2007).

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

#### 4.1 Prévalence et incidence estimées

Une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogue (ou PDU selon le terme de l'OEDT, regroupant les injecteurs, ainsi que les usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines) dans six villes de France a été réalisée en 2006. Cette étude, intitulée NEMO (Nouvelle Etude Multicentrique Opiacés), a un double objectif : l'estimation locale en soi du nombre d'usagers ; une base pour une extrapolation au niveau national (métropolitain). Trois méthodes ont été appliquées : la première s'est appuyée sur les données de traitement ; la deuxième sur les données d'interpellation ; la troisième sur des indicateurs indirects.

**Tableau 4.1. Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues (définition OEDT) en France, 2006.**

Méthode basée sur	Nombre d'usagers	Taux
Les données traitements	271683 [195443-347926]	7.0 [5.0-9.0]
Les données interpellations	190270 [136876-243666]	4.9 [3.5-6.3]
Les données indirectes	263708 [189264-338169]	6.8 [4.9-8.7]

Les intervalles de confiance au seuil de 95% apparaissent entre crochets, le taux est donné pour 1000 habitants de 15-64 ans. Les données « interpellations » sont connues pour leur grande variabilité, l'estimation qui en découle est alors à interpréter comme une limite inférieure. Si l'on retient les deux autres estimations, aux seuils relativement proches, le nombre d'usagers de drogues est sensiblement plus élevé que les données antérieures disponibles (150000 à 180000 usagers IV estimés en 1999, soit un taux de 4.3 pour mille habitants de 15-64 ans, OFDT 2005). A noter que cette estimation concerne les usagers au cours de l'année de référence. Elle n'envisage pas des usages plus particuliers, comme la prévalence-vie ou les quotidiens par exemple.

## 4.2 Profil des personnes en traitement

Le profil des personnes en traitement présenté dans ce paragraphe correspond à celui des nouveaux patients ayant commencé un traitement en 2006 dans les structures ambulatoires exclusivement.

En 2007, 125 CSST ambulatoires ont participé à RECAP, soit 63% des centres de soins ambulatoires. Les données présentées ci-dessous portent sur près de 36 000 patients qui ont commencé un traitement au cours de l'année dans ces structures.

Les personnes en demande de traitement pour la première fois dans leur vie (primo-consultants) représentent 32 % des nouveaux patients reçus. Pour les autres patients, il s'agit d'une nouvelle demande de traitement ou d'une reprise de traitement survenant après une interruption de contact avec le centre de soins supérieure à six mois. La part des primo-consultants dans l'ensemble des patients est à considérer avec prudence dans la mesure où l'information sur l'existence d'une prise en charge antérieure est inconnue dans 33 % des cas.

Dans la description des consommations présentée ci-dessous, il faut tenir compte du fait que, sur l'ensemble des réponses à la question sur la drogue principale, on compte environ 5,8 % de réponses « aucun produit consommé ».

### Patients en traitement (All treatments): Profil

La répartition par âge est détaillée dans le Tableau 4.1 suivant :

**Tableau 4.1. Répartition des patients par âge (en %), en 2007.**

Age	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
< 20 ans	12,5	20,3
20-24 ans	24,6	32,9
25-29 ans	21,1	22,2
30-34 ans	14,8	10,9
35-40 ans	12,4	6,7
40 et plus	14,2	6,8
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2007.

Les nouveaux patients sont à 81 % de sexe masculin et âgés en moyenne de 29,1 ans, près trois quarts ayant entre 15 et 35 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-24 ans (un quart des patients) et les moins de 25 ans représentent 41 % de l'ensemble. Près d'un patient sur sept a plus de 40 ans.

Un tiers des patients consultent d'eux-mêmes (34%), un autre tiers (32 %) des demandes est induit par une décision de justice ou de police. Viennent ensuite les demandes de prise en charge suggérées par un membre de la famille ou un proche (9 %), puis celles induites par un autre centre spécialisé pour usagers de drogues (5 %). Les résultats sur l'origine de la prise en charge sont présentés dans le Tableau 4.2 :

**Tableau 4.2. Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge (en %), en 2007.**

<b>Origine de la prise en charge</b>	<b>Patients en traitement</b>	<b>Primo-consultants</b>
Le patient lui-même	33,9	23,6
Famille ou ami	8,9	8,9
Autres centres spécialisés pour usagers de drogues	5,4	1,5
Médecins généralistes	7,3	6,1
Hôpital ou autre structure médicale	4,5	3,5
Services sociaux	4,7	4,1
Police ou Justice ou Injonctions thérapeutiques	32,2	48,1
Autres	3,1	4,1

Source : RECAP / OFDT – 2007.

Les patients vivent le plus fréquemment avec leurs parents ou seuls (39 % et 27 %) et habitent le plus souvent dans un logement stable (77 %). Néanmoins, 19 % d'entre eux déclarent vivre dans des conditions de logement précaires, le reste relevant d'institutions (prison ou dispensaire).

**Tableau 4.3. Répartition des patients selon la situation professionnelle (en %), en 2007.**

<b>Situation professionnelle</b>	<b>Patients en traitement</b>	<b>Primo-consultants</b>
Emploi régulier	26,5	29,2
Etudiant, lycéen	14,2	19,8
Economiquement inactifs	20,1	13,6
Chômage	22,9	19,3
Autres	16,3	18,1
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2007.

Concernant la situation socioprofessionnelle, les patients économiquement inactifs ou au chômage représentent 43 %, un peu plus du quart (26 %) ont un emploi régulier et 14 % sont encore lycéens ou étudiants (tableau 4.3). Sur le plan scolaire, 64 % des personnes prises en charge en 2007 dans les CSST ont atteint le niveau secondaire. 4 % des usagers n'ont pas dépassé une scolarité primaire et 32 % déclarent un niveau au-delà du baccalauréat.

### Consommations de drogues

Le Tableau 4.4 présente en détail la répartition des patients et leur âge moyen selon la drogue principale qu'ils déclarent consommer en 2007.

Près de la moitié des patients (49 %) a recours aux centres de soins en 2007 pour des problèmes liés à l'usage de cannabis. Ils ont en moyenne 25 ans. La majorité d'entre eux (54 %) déclare faire un usage quotidien du cannabis. Pour 18 %, la consommation est fréquente (deux à six jours par semaine), pour 13 % l'usage a lieu une fois par semaine ou moins et les usages occasionnels représentent 15 %. Ces données sont quasi-identiques à celles de 2006.

Viennent ensuite les problèmes liés à l'usage d'opiacés, évoqués comme drogue principale par 38 % des personnes, dont l'âge moyen est de 31 ans : 78 % d'entre elles consomment de l'héroïne, un peu plus de 3 % de la méthadone et 18 % d'autres opiacés (dont la BHD)<sup>21</sup>. Parmi les usagers d'opiacés, près de 80 % consomment quotidiennement et 12 % le font fréquemment (plusieurs jours de consommation par semaine). Les opiacés sont surtout sniffés (52 %) et injectés (25 %).

**Tableau 4.4. Répartition (en %) et âge moyen des patients suivant la drogue principale en 2007**

Drogue principale	Patients en traitement		Primo-consultants	
	%	âge moyen	%	âge moyen
Héroïne	31,1	30,6	22,7	27,6
Méthadone	1,3	33,1	0,5	30,3
Autres opiacés	7,2	34,4	3,2	32,5
Cannabis (global)	49,4	25,1	65,8	23,8
Barbituriques	0,1	31,5	0,1	29,0
Benzodiazépines	1,6	36,3	0,6	36,5
Autres hypnot. et tranquillisants	0,5	36,0	0,4	35,1
Cocaïne	5,2	31,8	4,2	29,8
Crack	1,3	37,7	0,5	36,3
Amphétamines	0,3	28,2	0,3	25,4
MDMA et autres dérivés	0,5	27,5	0,5	26,1
Autres stimulants	0,0	27,5	0,0	32,0
LSD	0,3	31,1	0,2	32,7
Autres hallucinogènes	0,1	29,9	0,1	22,3
Inhalants volatiles	0,3	27,7	0,4	27,7
Autres substances (global)	0,9	33,0	0,5	29,9

Source : RECAP / OFDT – 2007.

La cocaïne est la troisième drogue principale : elle est citée par plus de 5% des patients qui sont en moyenne âgés de 32 ans. Les usagers de cocaïne déclarent consommer ce produit tous les jours (37 %) ou fréquemment (24 %). La cocaïne est sniffée (66 %) ou fumée (18 %) et, à l'instar des données antérieures, elle est injectée pour une proportion non négligeable des patients (14 %).

Parmi l'ensemble des patients qui ont fait une demande de traitement en 2007, plus des trois quarts (77 %) déclarent ne jamais avoir utilisé l'injection comme mode de consommation. Les patients ayant déjà utilisé la voie intraveineuse se répartissent en deux groupes : 13 % d'entre eux n'ont pas utilisé cette pratique récemment et 10 % déclarent s'être injecté dans le mois précédant l'entretien. Les personnes ayant utilisé l'injection au cours du mois écoulé sont, pour la plupart, des usagers d'opiacés (82 %) : 52 % sont héroïnomanes et 26 % déclarent un autre opiacés (dont la BHD) comme drogue principale. Néanmoins, une part non négligeable de personnes utilisant l'injection est prise en charge pour usage de cocaïne (8 %).

#### Les primo-consultants (First treatments): profil

Les patients pris en charge pour la première fois dans leur vie (primo-consultants) se distinguent des autres patients par des caractéristiques démographiques et socio-économiques différentes.

<sup>21</sup> Pour la méthadone et BHD, il s'agit de consommations hors cadre thérapeutique.

Ils sont en moyenne plus jeunes (26 ans vs 29,3 ans pour les autres patients), 60 % (vs 36%) ayant moins de 25 ans. Ils vivent plus souvent avec leurs parents (50 % vs 38 %) et moins souvent seuls (20 % vs 29 %). La plupart vit dans un logement stable (86 % vs 75 %). Ils sont plus nombreux à bénéficier d'un emploi régulier (27 % vs 23 %) ou à appartenir au système scolaire/universitaire (23 % vs 13 %). Néanmoins, leur niveau d'études n'est pas différent de celui des autres patients. Les primo-consultants se distinguent très nettement par une proportion plus élevée de consultations suite à une mesure judiciaire (44 % vs 24 %) et une plus faible part de consultations spontanées (27 % vs 39 %).

### Consommations de drogues

Depuis l'ouverture des consultations « jeunes consommateurs » en 2005, il n'est pas surprenant de voir le cannabis mentionné comme drogue principale pour la majorité des primo-consultants : 62 % d'entre eux consomment principalement du cannabis en 2007. Le poids du cannabis dans les demandes de prises en charge est donc plus élevé parmi les patients reçus pour la première fois dans leur vie en CSST que chez les autres patients (66 % vs 43 %). Les primo-consultants usagers de cannabis ont des fréquences de consommation moins élevées que les autres patients usagers de cannabis : ils sont plus souvent usagers occasionnels (14 % vs 9 %) et moins fréquemment usagers quotidiens (50 % vs 64 %).

Après le cannabis, les opiacés sont déclarés comme drogue principale par les patients pris en charge pour la première fois dans leur vie (27 % vs 56 %) puis la cocaïne (5 % vs 8 %). Parmi les usagers d'opiacés, les primo-consultants sont en moyenne plus jeunes que les autres patients (28 vs 33 ans). Ils ont des pratiques de consommation différentes de celles des autres usagers d'opiacés. A l'instar de ce qui a été observé en 2006, leurs fréquences de consommation semblent plus élevées : les usages quotidiens sont plus nombreux (81 % vs 76 %) au détriment des usages occasionnels (4 % vs 6 %). L'analyse des modes de consommation montre que la pratique de l'injection est moins fréquemment utilisée par les primo-consultants (14 % vs 31 %) au bénéfice du sniff (65 % vs 46 %).

Les personnes consultant pour la première fois dans leur vie pour usage de cocaïne ont 28 ans (vs 33 ans pour les autres cocaïnomanes pris en charge dans les CSST). Les primo-consultants usagers de cocaïne sont moins nombreux à consommer quotidiennement cette drogue (33 % vs 38 %) et ils utilisent bien moins souvent la voie intraveineuse (5 % vs 23 %).

Comme le révèle l'analyse des modes de consommation par groupe de produits, les personnes reçues dans un CSST pour la première fois dans leur vie utilisent moins souvent la voie intraveineuse que les patients qui ont déjà été pris en charge. Ainsi, en 2007, 92 % des primo-consultants, tous produits confondus, n'ont jamais utilisé l'injection comme mode d'usage (vs 62 % chez les autres consultants).

### Conclusion

Les données RECAP 2007 soulignent l'hétérogénéité du public accueilli dans les CSST ambulatoires. Deux groupes principaux peuvent être distingués : d'une part, les patients accueillis pour des problèmes liés à leurs consommations de cannabis et d'autre part les patients ayant un traitement de substitution aux opiacés et déclarant des usages problématiques d'opiacés et/ou cocaïne.

Le profil des patients pris en charge en 2007 est très proche de celui des patients reçus les années antérieures. Quelques différences peuvent néanmoins être soulignées : leur âge

moyen est légèrement plus élevé (28,3 ans vs 27,9 ans), ils vivent plus souvent seuls (27,4 en 2007 contre 26,3 % en 2006 et 24,8 % en 2005) ; ils ont plus tendance à se déclarer au chômage (respectivement 23%, 25 % et 22 %). Les patients reçus en 2007 dans les CSST le sont plus souvent suite à une mesure de justice ou de police (32% vs 29 % et 26 % en 2005) et sont moins souvent orientés par une autre structure socio-sanitaire (15% en 2007, 17 % en 2006 et 21 % en 2005). La part des primo-consultants dans l'ensemble des nouveaux patients se réduit (30% vs 32 % pour 2006 et 34 % en 2005). Le poids du cannabis dans les demandes de traitement croît (49% vs 47 % et 48 %) alors que la part de la cocaïne et des opiacés stagne (45% en 2007 vs 48 % et 46 %). Les usages de cannabis sont moins souvent quotidiens (54 % vs 57 %).

La part du cannabis dans les demandes de traitement en 2007, d'autant plus marquée dans le sous-groupe des primo-consultants, peut s'expliquer par l'existence, au sein de nombreux CSST, de consultations spécialisées pour les jeunes consommateurs de cannabis ou d'autres produits<sup>22</sup>. En outre, les nombreux jeunes usagers de cannabis adressés aux CSST par la voie judiciaire constituent un autre facteur explicatif du poids du cannabis dans les demandes de traitement. A noter que 29 % des usagers de cannabis ont une consommation peu fréquente ou occasionnelle de ce produit.

Les demandes de traitement pour usages problématiques d'opiacés restent élevées et elles concernent des personnes plus âgées. L'injection récente (au cours du mois écoulé) est utilisée pour consommer la drogue principale chez 10 % des usagers. Néanmoins, si l'on exclut les usagers de cannabis comme drogue principale, la proportion de patients ayant choisi l'injection comme mode d'administration au cours du mois écoulé dépasse les 20 %.

Ces chiffres moyens, obtenus sur l'ensemble des patients ainsi que dans le sous-groupe des primo-consultants, masquent certaines disparités entre sexe en particulier concernant les produits consommés et les pratiques d'usages. Ainsi, le poids du cannabis dans les demandes de prises en charge des filles est plus faible et celui des opiacés, de la cocaïne et des médicaments psychotropes plus élevé. Par rapport aux garçons, les filles utilisent plus souvent le sniff et la forme mangée/bue comme mode de consommation et moins souvent la forme inhalée/fumée.

### **4.3 Données issues des structures de bas seuil.**

Les enquêtes récurrentes auprès des usagers de structures de bas seuil constituent la seule source quantitative d'information régulière sur les populations d'usagers actifs fréquentant les centres villes, les lieux de trafic ou les squats.

Jusqu'en 2006, une seule enquête, dite PRELUD, permettait de suivre ces populations. A partir de 2006, une enquête obligatoire, Ena-Caarud, exhaustive une semaine donnée, est menée dans l'ensemble des structures reconnues comme CAARUDs (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) (Toufik, 2008).

L'enquête s'est déroulée entre le 20 et 26 novembre dans l'ensemble des 114 structures ayant reçu l'autorisation préfectorale et réparties dans 23 régions et 66 départements. Le nombre de questionnaires complets s'est élevé à 3 349, ce qui correspond à un taux de réponse de 79,8 % (Toufik, 2008).

---

<sup>22</sup> Dans le cadre du *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, les "consultations jeunes consommateurs" ont été mises en place pour apporter une réponse aux jeunes, éventuellement en difficulté avec leurs consommations de cannabis ou d'autres produits. 75 % de ces consultations sont ouvertes au sein d'un CSST.

La moyenne d'âge des usagers s'élève à 33,4 ans (médiane, 33 ans). Quatre usagers sur dix ont entre 30 et 39 ans et plus de neuf sur dix se situent dans une fourchette comprise entre 20 et 49 ans. Le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes (21,3 % vs 78,7 %).

Les femmes sont plutôt moins âgées que les hommes (31,2 ans vs 33,9 ans). Alors que 29,4 % d'entre elles ont moins de 25 ans, les hommes ne sont que 14,8 % à être dans ce cas. Elles sont en effet proportionnellement plus nombreuses parmi les plus jeunes usagers : 55 % des usagers de moins de 20 ans et 30 % des 20-24 ans sont des femmes.

Plus d'un quart des répondants (26,2 %) sont sans domicile fixe tandis que 18,8 % vivent dans des logements provisoires. Plus de la moitié des usagers vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38,2 %). Une minorité (22,7 %) fait état d'un revenu issu de l'occupation d'un emploi (15,5 %) ou des allocations chômage (7,2 %).

Près de neuf usagers sur dix dépendent du régime général de la Sécurité sociale, soit directement (30 %) avec en outre une mutuelle complémentaire pour plus de 13 % d'entre eux, soit par le biais de la CMU (couverture maladie universelle, 51,6 %) ou de l'ALD (Arrêt de longue durée) (4,8 %). Alors que 2,3 % des usagers relèvent de l'AME (Aide médicale d'Etat), plus de 7 % ne font état d'aucune protection (Toufik, 2008)..

### Usages

En moyenne, abstraction faite du tabac, chaque usager dit avoir consommé 2,5 produits au cours du dernier mois<sup>23</sup>. Les opiacés restent les produits les plus fréquemment consommés. Viennent ensuite les stimulants (46,7 %), le cannabis (49,7 %), l'alcool (36,8 %), les médicaments non opiacés (13,8 %) et en dernier lieu les hallucinogènes (8,6 %). Les médicaments de substitution n'étaient cités qu'en cas de mésusage (Toufik, 2008).

**Tableau 4.5. Produits déclarés consommés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2006, N=3329**

Substance	Part des usagers	Substance	Part des usagers
Opiacés	56,7 %	Hallucinogènes	8,6 %
BHD*	28,6	LSD	6,0
Héroïne	25,7	Kétamine	2,3
Sulfate de morphine*	10,1	Champignons	2,1
Méthadone*	4,6	GHB	0,1
Opium	1,1	Poppers	0,9
Codéine	0,8	Datura	0,6
Stimulants	46,7 %	Salvia	0,2
Cocaïne	28,4	DMT/ayahuasca	0,1
Crack/free base	14,0	Médicaments non opiacés	13,8 %
Ecstasy	9,3	Benzodiazpines**	13,3 %
Amphétamines	6,6	Artane	1,3
Méthamphétamine	1,2	Autres médicaments	0,8
Cannabis	49,7%	Alcool	36,8%

\* Mésusage (notamment injecté, sniffé, fumé)

\*\*Rivotril ; Rohypnol ; Valium ; Xanax ; Tranxene ; Témesta

Plusieurs produits pouvaient être cités. Le total est donc supérieur à 100 %

Source: Ena-CAARUD 2006, OFDT / OFDT, DGS

<sup>23</sup> Il était demandé à l'utilisateur de citer les produits qu'il avait consommé au cours du dernier mois.

### Modes d'usage

Parmi les personnes interrogées, 68,7 % ont utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de la vie. A 15 ans, 8,8 % des UDIV ont déjà été initiés à l'injection et 40,6 % à 18 ans. A l'âge de 30 ans, 95 % des UDIV ont été initiés. Parmi les personnes qui se sont injectées un produit au cours de la vie, 73 % l'ont fait au cours du dernier mois (injecteurs récents) soit 50,2 % de l'ensemble de l'échantillon. Les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à avoir utilisé l'injection récemment (46,5 % vs 51,2 %). C'est chez les 20-24 ans et les 25-29 ans que l'injection récente est la plus fréquente (respectivement 52,4 % et 51,2 %).

Un usager injecteur sur deux (52,6 %) déclare n'avoir jamais partagé de seringues au cours de la vie tandis que 23 % des injecteurs n'ont « presque jamais » eu recours au partage. Les autres (22,3 %) ont partagé leur seringue « occasionnellement » (16,9 %) ou « régulièrement » (5,4 %).

Parmi les injecteurs récents, 20,4 % reconnaissent avoir partagé un ou plusieurs éléments du matériel indispensable à l'injection : 8,3 % les seringues, 13,3 % l'eau de préparation, 8,5 % l'eau de rinçage, 13,9 % la cuillère, et 10,9 % le coton ou le filtre.

Une analyse multivariées montre que, à l'exception de la seringue, la prévalence du partage du matériel au cours du mois précédent est essentiellement liée à l'âge des injecteurs, ceux-ci partageant d'autant plus qu'ils sont plus jeunes (Touffik, 2008).

## 5. Traitements

### Traitements : contexte général

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

#### 1. Le dispositif spécialisé

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

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

Trois types de CSST peuvent être distingués :

- les centres de soins en ambulatoire (au nombre de 216 en 2006) ;
- les centres de soins avec hébergement collectif (au nombre de 40 en 2006) ;
- les centres de soins en milieu pénitentiaire (au nombre de 16 en 2006).

Les CSST en ambulatoire répondent aux demandes de sevrage en ambulatoire des patients. Ils peuvent également organiser et accompagner les patients qui souhaitent tenter un sevrage en milieu hospitalier. En ce qui concerne la substitution, les médecins exerçant dans un CSST étaient, depuis 1993/1994 et jusqu'à une date récente (2002), les seuls habilités à initier un traitement à la méthadone, la prescription pouvant ensuite être relayée en médecine de ville. Les patients peuvent également se faire prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD) dans le cadre d'un CSST. Les patients peuvent également rechercher, au sein du dispositif, un soutien et un accompagnement de type psycho-thérapeutique et une aide à l'insertion sociale.

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

#### 2. Le dispositif généraliste

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

##### 2.1 Les hôpitaux

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

Créées par la circulaire du 3 avril 1996, les équipes de liaison et de soin en addictologie, composées en principe de trois personnes, dont un médecin hospitalier, ont pour mission de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins et de prise en charge, d'intervenir auprès des personnes hospitalisées et aux urgences. Ces équipes doivent aussi développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients. Elles mènent des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement. Une centaine d'établissements de santé étaient en 2003 dotés d'équipes de liaison actives. L'activité de ces équipes est cependant en grande partie consacrée aux problèmes d'addictions à l'alcool et au tabac.

Les réseaux ville-hôpital ont été créés également par la circulaire du 3 avril 1996. En 1998, 67 réseaux ont été recensés, répartis sur l'ensemble du territoire; en 2002, ce sont 114 réseaux addiction qui ont été répertoriés, dont 107 en France Métropolitaine. Ils sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et des crédits État.

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

## 2.2 Les médecins généralistes

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

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

A partir des données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), sur 13 villes différentes, il a été établi que 35 % des médecins généralistes avaient prescrit un traitement de substitution au cours de la seconde moitié de l'année 2002. Mais l'activité de prescription, qu'il s'agisse de méthadone ou de BHD, reste souvent concentrée sur un nombre restreint de médecins. La « dose standard » moyenne reçue par un patient substitué au Subutex® est de 9,6 mg (recommandation maximum de 16 mg/jour) ; elle est de 98,4 mg pour un patient sous méthadone (recommandation maximum de 100 mg/jour, Cadet-Tairou et al. (2007)).

## 3. Dispositif de réduction des risques (voir encadré chapitre 7 "réponse aux problèmes sanitaires")

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

La prise en charge s'appuyant sur des traitements de substitution aux opiacés est relativement récente en France (1993) et a été motivée par la nécessité de faire face à l'épidémie liée au VIH.

En 2003, l'estimation du nombre de personnes insérées dans un processus de traitement se situe entre 63 000 et 69 000 (Cadet-Taïrou et al. (2007)) soit moins de la moitié du nombre estimé de consommateurs d'opiacés en France.

La prescription de traitements de substitution à la méthadone par des médecins de villes (après initiation du traitement par un établissement spécialisé) a été autorisée en 1995. Une nouvelle estimation du nombre de personnes substituées à la méthadone en médecine de ville à partir des données de vente (SIAMOIS / OFDT) a été réalisée en 2007 et fait état de 18607 patients (méthadone 60 mg).

Faisant le constat que l'accès aux traitements de substitution dans les centres spécialisés est insuffisant par rapport aux besoins, une offre thérapeutique parallèle à la méthadone s'appuyant sur la BHD est instaurée à partir de 1996. Les modalités d'initiation et de prescription sont plus souples que celles de la méthadone : autorisée à la prescription par tout médecin, sans condition particulière d'exercice, l'ordonnance maximale est de 28 jours, fractionnée en délivrance de 7 jours sauf mention contraire expresse. En 2005 entre 75 087 et 87 253 personnes ont reçu du Subutex®. Il avait été estimé trois ans plus tôt que sur l'ensemble des sujets recevant du Subutex® environ 65 % étaient inscrits dans une démarche de traitement médical alors que 28 % recevaient des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière et que 6% se faisaient prescrire ces traitements le plus souvent dans un but de revente (Cadet-Taïrou et al. (2007)).

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

Les mesures de traitement et de réduction des risques prévus pour les usagers de drogues en prison sont décrites dans le chapitre 9.

## **5.1 Dispositif**

Pas de nouvelle information disponible

## **5.2 « Drug free treatment »**

Pas de nouvelle information disponible

## **5.3 Traitements médicalisés (substitution, sevrages)**

### 5.3.1. Sevrages pratiqués ou suivis par le personnel des CSST.

En 2006, environ 17 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST en ambulatoire (tableau 5.1), et près de 13 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Les données du tableau 5.1 font apparaître une progression importante du nombre des sevrages entre 2003 et 2004. Cette évolution est cependant certainement liée à un changement de formulation des questions suite à l'adoption d'un nouveau rapport en 2004. La tendance est néanmoins clairement orientée à la hausse depuis la fin des années 1990. Cette évolution doit être

relativisée. En effet le nombre total de personnes accueillies dans les centres spécialisés a également fortement augmenté depuis la fin des années 1990.

**Tableau 5.1. Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par CSST en ambulatoire, 1998-2006.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST	6,8	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8	16,1	17,5
Nombre moyen par CSST de patients ayant suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le CSST (par structure)	nd	nd	nd	nd	nd	nd	10,3	13,2	12,8

*Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2005, DGS/OFDT.*

Lecture du tableau : en moyenne par CSST, 6,8 patients ont fait l'objet d'un sevrage en ambulatoire assuré par le CSST en 1998. Note : calcul effectué en excluant les structures ayant réalisées plus de 150 sevrages ou n'ayant pas répondu aux questions sur l'activité. Le nombre total de patients ayant suivi un sevrage est calculé en extrapolant le nombre moyen de sevrage à l'ensemble des CSST ayant une file active de patients en sevrage inférieure à 150. On ajoute à ce chiffre le total pour les centres exclus du calcul précédent en raison de l'importance de leur file active de patients ayant suivi un sevrage.

D'après les données fournies par les CSST, on peut estimer à un chiffre situé entre 8000 et 9000 le nombre de patients ayant suivi un sevrage en 2006.

#### Substitution chez les Patients fréquentant les structures de première ligne

Au moment de l'enquête Prelud 2006, 60 % des usagers déclaraient bénéficier d'un traitement de substitution médicalement prescrit. Pour un peu moins des deux tiers, il s'agissait de la BHD (62,2 %) et pour un tiers de méthadone (32,4 %). Enfin une minorité (4 %) faisait état d'un traitement à base de sulfate de morphine.

Les usagers qui reçoivent un produit de substitution sont en moyenne plus âgés que ceux qui n'en bénéficient pas. Alors que l'âge moyen de ces dernières s'élève à 32,1 ans, il s'établit à 33,6 ans pour les usagers substitués par la BHD, à 34,7 ans pour ceux qui reçoivent de la méthadone et à 35,2 ans pour les bénéficiaires du sulfate de morphine.

Dans 79,4 % des cas pour les sulfates de morphine, 59,0 % des cas pour le BHD mais seulement 16,4 % des cas pour la méthadone, le médicament de substitution était également cité parmi les produits consommés hors cadre thérapeutique. Ainsi chez les usagers de drogues qui reçoivent du sulfate de morphine et à la BHD, il apparaît que c'est le médicament prescrit lui-même qui est le plus incriminé comme produit posant le plus de problèmes par les intervenants (respectivement 66,2 % et 42,2 %). En effet, parmi les usagers actifs rencontrés dans le cadre des CAARUD, une majorité utilisent l'injection et moins souvent le sniff ou la fumette. Chez les personnes qui reçoivent de la méthadone, en revanche, ce médicament n'est incriminé que dans un nombre restreint de cas (9,5 %). Il est essentiellement surclassé par l'héroïne (24,3 %) et la cocaïne/crack (19,5 %). Contrairement aux deux autres médicaments de substitution, la méthadone (hors cadre thérapeutique) est presque uniquement utilisée par voie orale (96,5 %) (Toufik et al., 2008).

#### Délivrance de Traitements de substitution

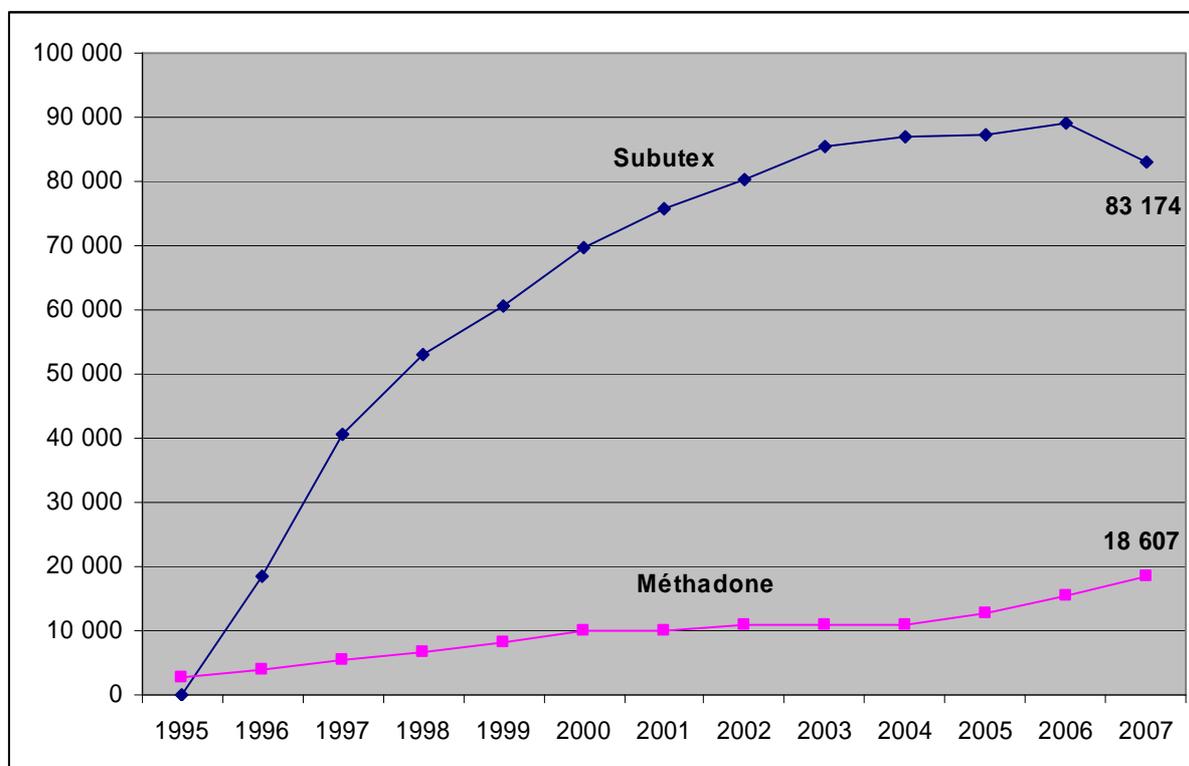
Deux médicaments sont utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les CSST et les établissements de soins, et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou Subutex®, qui peut être prescrite d'emblée par tout médecin. Après sa mise sur le marché en 1996, la BHD devient très

rapidement le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France en terme quantitatif.

En 2007, la BHD représente encore environ 80% de la substitution même si la part de méthadone continue d'augmenter selon les données Siamois. La facilitation de l'accès à la Méthadone faisait d'ailleurs partie des recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution de juin 2004. A noter également que depuis 2006, le Subutex® n'est plus le seul produit disponible puisque apparaissent sur le marché des spécialités génériques de la BHD.

Le graphique 5.1 suivant présente des estimations du nombre de patients traités en France par BHD et méthadone. Les données sont issues des remboursements effectués par la Sécurité sociale en retenant deux hypothèses (une basse et une haute).

**Graphique 5.1. Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®) et méthadone – 1995-2006.**



Sources : GERS/SIAMOIS/InVS et CNAMTS/estimations OFDT.

Il faut cependant préciser qu'une part de la buprénorphine prescrite est détournée de son usage et n'est donc pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement. En effet, selon les données de l'assurance maladie datant de 2002, sur les 79 000 patients ayant reçu au moins une prescription, on pouvait estimer que 65 % d'entre eux étaient inscrits dans une démarche de traitement médical, que 28 % recevaient des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière et qu'environ 6% se faisaient prescrire ces traitements, le plus souvent par plusieurs médecins, parfois dans un but de revente.

### Traitement de substitution en milieu hospitalier

Une enquête menée en 2007 par l'OFDT (Obradovic & Canarelli, 2008) pour évaluer l'impact de la circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts.

Le volet de l'enquête réalisé en milieu hospitalier, fait apparaître la place importante occupée par les médecins généralistes dans l'accès des usagers d'opiacés dépendants à des soins spécialisés, aussi bien en amont lorsqu'ils adressent les patients vers le milieu hospitalier pour la mise en place du traitement, qu'en aval, au moment de prendre le relais d'une prise en charge hospitalière. L'importance de l'articulation entre les différents partenaires du dispositif de prise en charge permettant d'éviter la rupture du traitement de substitution à la sortie de l'hôpital ressort également de cette enquête.

### Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Voir 9.1

## 6. Conséquences sanitaires

### Conséquences sanitaires : contexte général

#### Mortalité liée à l'usage de drogues :

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

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

Le nombre de décès par surdose constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue: -90 % depuis 1995, avec 57 cas de décès retrouvés en 2005. Au-delà des problèmes d'enregistrement, la réduction du nombre de surdoses en France résulte de la conjonction de plusieurs facteurs: l'introduction des traitements de substitution, l'existence de structures et dispositifs de réduction des risques, la modification des produits consommés et de leurs modalités de consommation parmi les usagers. La majorité des décès par surdose constatés par les forces de l'ordre sont liés à l'héroïne même si les médicaments (dont le Subutex® et la méthadone) ont occupé une place de plus en plus importante entre 2000 et 2004 (jusqu'à près du tiers en 2004) et qu'une forte croissance de cas de décès dus à la cocaïne avait été notée en 2004 (un cinquième des décès). En 2005 plus de la moitié des cas de décès ont été toutefois liés à une surdose d'héroïne<sup>24</sup>. L'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) n'a pas fourni d'information actualisée par cause pour l'année 2006.

- par pharmacodépendance (CepiDc-INSERM) [Tableau épidémiologique n° 5]. Cette catégorie rend compte de l'ensemble des décès pour lesquels le certificat de décès mentionne une pharmacodépendance. Pour des raisons liées au circuit de l'information, elle recense mal les surdoses qui rejoignent souvent le groupe des décès de cause inconnue. Le nombre des décès par pharmacodépendance a décru de 1995 à 2000 (date d'application de la CIM 10) et enregistré une stagnation entre 2000 et 2005.

- avec présence sanguine de substances psychotropes : le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances - AFSSAPS) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et permet donc d'identifier les décès non déclarés à l'INSERM ou à l'OCRTIS. Deux études rétrospectives ont ainsi été réalisées pour les années 1998 et 2002 ainsi qu'une étude prospective en 2002 avec 7 laboratoires de toxicologie médico-légale volontaires. Seize laboratoires ont ensuite été inclus en 2003 et 2004. Une diminution des décès recueillis en 2003 est constatée (64 versus 131 en 2002), suivie d'une légère augmentation en 2004 (91 cas). Concernant les substances retrouvées, la cocaïne était de la même manière que pour les données de l'OCRTIS en très nette augmentation en 2004 et arrivait avec une fréquence identique à celle de l'héroïne, qui, elle, s'infléchissait. L'implication des traitements de substitution concernait, en 2004, 38% des décès observés avec

<sup>24</sup> Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005, Nanterre, OCRTIS, 2005, 123 p.

en particulier l'identification de la méthadone dans plus de ¾ des cas (Arditi et al. (2006). En 2005 les données DRAMES rapportaient 66 cas de surdoses mortelles. L'héroïne est responsable de la majorité des décès (23 cas). La cocaïne seule est à l'origine de 7 décès (versus 20 en 2004) mais l'association héroïne + cocaïne est quant à elle en augmentation (11 cas versus 2 en 2004). L'implication des traitements de substitution est de la même manière que pour les données de l'OCRTIS en diminution en 2005 puisqu'elle a concerné 19,6% des décès avec, dans la quasi-totalité des cas, l'identification de la méthadone (11 cas sur 12). Aucune donnée actualisée n'est disponible pour l'année 2006.

- liés au SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (InVS). Le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est en baisse depuis 1994. La part de ces décès dans l'ensemble des décès par sida s'est stabilisée depuis 1998 entre 22 et 27 % (23% en 2004).

Faute d'une enquête de cohorte répondant aux critères fixés par l'OEDT (recrutement d'usagers en centre de traitement), l'OFDT a réalisé une étude de cohorte à partir de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. Les valeurs des Ratios standardisés de mortalité (RSM) montrent que les hommes interpellés pour usage d'héroïne/cocaïne/crack ont globalement un risque 5 fois plus élevé de décéder que l'ensemble des Français de sexe masculin ; ce risque est 9,5 fois plus élevé pour les femmes. L'étude montre une baisse significative de la mortalité parmi les personnes interpellées pour héroïne/cocaïne/crack entre les deux périodes d'inclusion (1992/93 et 1996/97), les taux de mortalité calculés sur les 4 années qui suivent l'interpellation passant de 10,3 à 6,2 pour mille personnes-années. Cette chute coïncide avec l'introduction des trithérapies antivirales, le développement d'une politique de réduction des risques en France et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (Sansfacon et al. (2005)).

#### Morbidité liée à l'usage de drogues :

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

- des prévalences déclarées du VIH, VHB et VHC : enquête dite « de novembre » à partir des patients fréquentant les Centres de soins spécialisés aux toxicomanies CSST (Tellier (2001), enquête remplacée par les données issues du dispositif RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) à partir de 2005 ainsi que l'enquête auprès des usagers de structures de « première ligne » (Bello, P-Y. et al. (2004; Bello, Pierre-Yves et al. (2003) [Tableau épidémiologique n°9] elle-même remplacée par l'enquête PRELUD (Enquête Première ligne usagers de drogues) à partir de 2006. A partir des données RECAP 2006, la prévalence du VIH parmi les patients ayant déjà utilisé l'injection pour lesquels la sérologie est connue s'élève à près de 9 % et celle du VHC à 52 %.

- des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement sanguin) auprès d'usagers via l'enquête Coquelicot (Jauffret-Roustide et al. (2006). Cette étude, destinée à évoluer vers un système d'information national met en évidence l'écart existant entre prévalence déclarée et mesurée de l'hépatite C, notamment parmi les plus jeunes. Elle montre aussi que les pratiques à risque persistent, ce qui constitue des conditions favorables à la poursuite de la transmission du VHC et du VIH.

- des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement salivaire) auprès d'usagers de structures de première ligne : l'enquête PRELUD, débutée en février 2006 dans 5 villes françaises. Les résultats de cette étude sont en attente.

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

Le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est en baisse constante depuis 1994 (1 377 en 1994 contre 98 en 2005), tout comme sa part dans l'ensemble des cas de sida déclarés (36 % en 1991, 19 % en 1997 et 8 % en 2005). Le nombre de cas de sida diagnostiqués chez les UDVI, montre une évolution similaire quel que soit le sexe, avec un nombre de cas masculins toujours plus élevé que le nombre de cas féminins (environ 4 hommes pour une femme).

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

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

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

## 6.1 Mortalité liée à l'usage des drogues

### Tendances.

Trois sources d'information concernant la mortalité liée aux usages de drogues illicites sont disponibles en France: le fichier DRAMES (réunion de 16 instituts médico-légaux sur une base volontaire); le fichier de l'OCRTIS (Office central de répression des trafics de

stupéfiants); et le fichier CépiDc de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Sont rapportés dans le tableau suivant les décès par surdose selon les trois sources d'information. Pour des raisons de comparaisons, l'énumération ne commence qu'à partir de l'année 2000, date de l'instauration de la CIM 10 en France.

**Tableau 6.1. Décès par surdose en France selon les trois sources disponibles.**

Année	OCRTIS	DRAMES	CépiDc*
2000	120	101	202 <sup>a</sup>
2001	107	ND	246 <sup>a</sup>
2002	97	74	234 <sup>a</sup>
2003	89	64	225 <sup>a</sup>
2004	69	86	252 <sup>a</sup>
2005	60	68	299 <sup>a</sup>
2006	92	168	ND

ND: non disponible. <sup>a</sup>Codes CIM 10 retenus: F11-16, F18-19, X42.

Source: OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports.

Les données DRAMES ne sont pas comparables avec les autres sources d'information, les variations du nombre de décès étant dues au nombre croissant de laboratoires participant au recueil. Aux 168 décès par surdoses peuvent ajoutés 9 décès indirectement liés à l'usage de substance psychoactive (noyade, chute etc). Les données de la police (OCRTIS) confirment la tendance à la hausse des surdoses mortelles, précédemment avancées par l' registre de mortalité (INSERM-CépiDc).

Les données DRAMES n'ont pas pour objectif premier un recensement exhaustif du nombre de surdoses mortelles, mais une surveillance des types de substances retrouvées, avec une attention particulière portée aux médicaments. Les décédés étaient très majoritairement masculins (82% d'homme), âgés en moyenne de 33 ans.

**Tableau 6.2. Causes des décès par surdose en France, DRAMES 2006.**

Causes	N
Substances illicites	95
Médicaments opiacés licites	18
TSO	51
Autres	4
En association avec :	
THC	37,5%
Médicaments psychotropes	47,0%
Ethanol (0,5 g/l)	44,6%

Source : DRAMES 2006.

95 décès ont été provoqués par l'usage de substances illicites. Dans 54 cas, il s'agissait de l'usage d'une seule substance (héroïne : 38 cas ; cocaïne : 13 cas ; MDMA : 2 cas ; LSD : 1 cas). 41 cas ont fait l'objet d'une association de substances, mêlant principalement héroïne et cocaïne (10 cas, auxquels s'ajoutent 11 cas d'association de l'héroïne et d'une autre substance). Ont été relevés 18 cas de surdoses par association de cocaïne et d'une

substance (cocaïne et héroïne : 3 cas ; cocaïne et morphine, 5 cas ; cocaïne et méthadone : 4 cas ; cocaïne et BHD : 2 cas ; cocaïne et MDMA : 2 cas, et enfin un décès par cocaïne-tramadol et un autre par mélange de cocaïne-morphine-MDMA).

## 6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

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

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en mars 2003, 17 277 découvertes de séropositivité ont été déclarées. En 2006 le nombre de notifications positives est estimé à 6 300, en diminution par rapport aux années précédentes (7 000 et 6 700 respectivement en 2004 puis en 2005).

En 2007 la contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) représente seulement 2 % de ces nouvelles infections. Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (53% des cas) et en particulier chez les femmes (79% des cas) suivi par les rapports homosexuels (25% des cas représentant 41% des contaminations chez les hommes).

**Tableau 6.3. Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2007 par mode de contamination (France, données au 30/06/07).**

Modes de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	n <sup>a</sup>	%	n <sup>a</sup>	%	n <sup>a</sup>	%
Rapports hétérosexuels	5 311	79	3 902	37	9 213	53.3
Rapports homosexuels	-	-	4 317	41	4 317	25
Injection de drogues	76	1	271	2.6	347	2
Autres <sup>b</sup>	64	1	85	0.8	149	0.9
Non renseigné	1301	19	1 950	18.6	3 251	18.8
<b>Total</b>	<b>6 752</b>	<b>100</b>	<b>10 525</b>	<b>100</b>	<b>17 277</b>	<b>100</b>

a : Nombre de cas provisoires non redressés pour les délais de déclaration

b : 111 transmissions mère-enfant, 27 homosexuels usagers de drogues, 9 transfusés et 2 hémophiles contaminés dans les années 80.

Source : système de notification obligatoire de l'infection à VIH, InVS (données au 30/06/07)

Quant au nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI, il est en baisse continue depuis le milieu des années 1990 : s'ils représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida à cette époque, ils ne représentaient plus que 9% en 2006 mais leur part a augmenté en 2007.

**Tableau 6.4. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2007.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006*	2007*
UDVI	357	309	246	258	204	172	167	117	86	24
Total nouveaux cas de Sida	1 948	1 835	1 732	1 673	1 637	1 476	1 377	1 273	974	193
Part UDVI (%)	18,3	16,8	14,2	15,4	12,4	11,6	12,1	9,0	8,8	12,4

\* : données provisoires non redressées au 30/06/07

Source : système de surveillance du Sida, InVS. (Données au 30/06/06)

## Données PRELUD

L'enquête Première ligne usagers de drogues (PRELUD) vise à observer, tous les deux ans, l'état des pratiques et des consommations en matière de psychotropes dans une population à forte prévalence d'usage. Elle est réalisée, sur la base du volontariat, dans des structures dites de « première ligne », devenues CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). En 2006, dans 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse) un prélèvement salivaire a été proposé à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection à VIH et au VHC.

Cette enquête dite « bio » PRELUD retrouve, parmi l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 5,0 %<sup>25</sup>.

**Tableau 6.5. Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.**

		A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et ou sniffé au moins une fois dans la vie	
		Non	Oui		
	Ensemble	N = 136	N = 348	N = 467	
Ensemble	N = 484	8,5%	9,6%	8,0%	8,8%
< 25 ans	N = 134	6,0%	-	5,6%	6,2%
De 25 à 34 ans	N = 211	7,1%	-	5,5%	7,4%
> 34 ans	N = 139	13%	-	13%	13%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives (seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France) obtenues dans les neuf villes évoquent une décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida entre 2003 et 2006 :

**Tableau 6.6. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006**

	N 2003	N 2006	2003	2006	2006 standardisé*
< 25 ans	143	201	4,9%	0,5%	0,3%
25-34 ans	305	359	8,2%	4,2%	4,3%
> 35 ans	221	314	16,3%	12,1%	13,8%
Ensemble	669	874	10,2%	6,2%	7,1%

Source : Première ligne 2003, PRELUD 2006, Trend / OFDT.

\* Sur le poids des sites 2003 et des classes d'âge

Concernant les données biologiques se rapportant au virus de l'hépatite C, l'enquête « bio » PRELUD retrouve en 2006 une prévalence de l'hépatite C égale à 32 %. Chez les injecteurs,

<sup>25</sup> Il apparaît hasardeux de pratiquer des comparaisons avec les résultats issus de « Coquelicot » :

- La population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autre cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne) ;
- La méthode est différente (au plan biologique et au plan du recrutement) ;
- Les villes enquêtées sont également différentes.

la prévalence estimée s'élève à 42 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5%.

**Tableau 6.7. Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.**

	Effectifs	Tous	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et ou sniffé au cours de la vie
		N=500	Non N=138	Oui N=362	
Ensemble	N=500	32%	7%	42%	33%
< 25 ans	N=138	13%	-	16 %	14%
25-34 ans	N=214	31%	-	44 %	32%
> 34 ans	N=148	51%	-	63 %	53%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives évoquent quant à elles une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C chez les plus jeunes :

**Tableau 6.8. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006**

	N 2003	N 2006	2003	2006	2006 standardisé*	2006 injecteurs / vie
< 25 ans	131	193	17,6%	8,4%	8,8%	12,2%
25-34 ans	299	344	45,8%	29,4%	28,1%	40,9%
> 35 ans	213	273	55,9%	54,4%	52,3%	64,5%
Ensemble	643	852	43,4%	34,0%	33,5%	44,6%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT. \* Sur le poids et des classes d'âge des sites 2003

Ce phénomène n'est toutefois pas lié à une chute de l'injection chez ces derniers. En effet, parmi les usagers de moins de 25 ans, la part des injecteurs/vie passe de 51 % en 2003 à 59 % en 2006, et celle des injecteurs plus de 10 fois au cours de la vie augmente dans le même temps de 41 % à 50 %.

Cependant, on observe également une pratique du dépistage plus fréquente chez les plus jeunes en 2006 qu'en 2003, qui pourrait être responsable d'une évolution de la population des répondants (seuls ceux qui ont pratiqué un dépistage peuvent répondre à la question). Chez les moins de 25 ans, la part de ceux qui n'ont jamais pratiqué de dépistage chute en effet de 39 % à 25 % entre 2003 et 2006.

#### Données ENa-CAARUD

Cette enquête nationale, menée pour la première fois à la fin de l'année 2006 auprès des usagers des 114 structures habilitées comme CAARUD, a pour vocation de rendre compte de la diversité et des modalités de consommation d'une large population de consommateurs actuels de drogues. Elle renseigne en particulier les statuts sérologiques déclarés des usagers rencontrés au sein de ces structures (VIH et Hépatite C). En 2006, la majorité des usagers de drogues a ainsi effectué ces tests de dépistage (84% pour celui du VIH et 81% pour le VHC) et, parmi ceux-ci, 7,3% déclarent être positifs au VIH et 35% au VHC.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont, d'après leurs déclarations, deux fois plus séropositifs au VIH que les non injecteurs (8.7% vs 3.7%) et plus de six fois séropositifs au VHC (47.2% vs 7.6%). Les femmes se déclarent significativement plus fréquemment séropositives au VIH que les hommes (9% vs 6.6%), différence s'expliquant essentiellement par l'écart de prévalence déclarée entre les hommes et les femmes chez les non injecteurs (VIH 6.1% vs 3.3%). Alors que la contamination déclarée par le VIH reste faible chez les plus jeunes -probablement du fait de la politique de réduction des risques mise en œuvre à la fin des années 80-, la contamination déclarée par le VHC demeure significative :

**Tableau 6.9. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH et le VHC dans les structures de première ligne.**

	<b>&lt;20 ans</b>	<b>20- 24</b>	<b>25- 29</b>	<b>30- 34</b>	<b>35- 39</b>	<b>40- 44</b>	<b>45- 49</b>	<b>50 et plus</b>
VIH	0%	3%	3%	3%	8%	14%	19%	9%
VHC	7%	16%	23%	36%	42%	47%	48%	44%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT.

La grande majorité des personnes séropositives pour le VIH (88%) a consulté un médecin au cours des 12 derniers mois pour cette affection et un peu moins de 7 personnes sur 10 sont traitées (68.5%). Concernant le VHC, 67% ont consulté un médecin au cours de cette même période mais, contrairement au VIH, seuls 22% ont bénéficié d'un traitement pour cette pathologie.

#### Données RECAP.

Pas de nouvelle information disponible

### **6.3 Co-morbidités psychiatriques**

Pas de nouvelle information disponible

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

Pas de nouvelle information disponible

## 7. Réponses aux problèmes sanitaires

### Réponses aux problèmes sanitaires : contexte général

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

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

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

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

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

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- la vente libre de seringues en pharmacie (vendues sans prescription depuis 1987) ;
- les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® (225 au total en 2002) ou récupérant des seringues usagées (153 en 2002) ;
- les programmes associatifs d'échange de seringues (PES) au nombre de 130 en 2006 (données CAARUD, Toufik et al., 2008) ;
- les « boutiques » ou lieux de contact pour usagers de drogues (40 en 2001) ;

Le dispositif de réduction des risques couvre la majeure partie du territoire français.

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

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

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

La prévention des maladies infectieuses est également prévue et encadrée pour les usagers de drogues en prison (voir chapitre 9).

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

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

Bien que fréquemment citée dans les circulaires relatives aux questions de santé publique, il n'y a pas de réelle politique nationale (dans le sens de coordination des services) au niveau de la prévention de la mortalité liée aux usages de drogues. A noter le rôle efficace des CAARUD (appellation regroupant depuis 2006 les structures bas seuil directement financées par l'Assurance maladie), dont une mission est la prévention des surdoses – échanges de seringues, édition de plaquettes d'information, etc. (les réunions de sensibilisation avec des pairs ne sont pas pratiques courantes en France). Cependant, l'introduction des méthodes de substitution aux opiacés a considérablement réduit le nombre de surdoses par opiacés ces dernières années. Les surdoses concernent actuellement d'autres substances, en mono ou polyconsommation, pour lesquelles peu est fait.

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

L'ensemble des structures bas seuil distribuent des préservatifs et éditent des plaquettes d'information portant sur les modes de transmission des MST, principalement VIH et hépatites.

Chez les patients fréquentant les structures de bas seuil (CAARUD) : données PRELUD 2006.

Une grande majorité des usagers a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC. Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or pour plus de la moitié de ceux qui ont déjà pratiqué une sérologie (VIH ou VHC), celle-ci date de plus de 6 mois.

**Tableau 7.1. Pratique des tests de dépistage de l'hépatite C par les usagers fréquentant les structures de première ligne Prelud 2006.**

Ancienneté de la sérologie	< 25 ans (N=252)	De 25 à 34 ans N=(409)	> 34 ans (N=356)	Ensemble (N=1017)
Pas de sérologie	23 %	16 %	12 %	16 %
Moins de 3 mois	22 %	21 %	22 %	22 %
Entre 3 et 6 mois	13 %	15 %	13 %	14 %
Plus de 6 mois	38 %	45 %	50 %	45 %
Ne sait pas	3,2%	3,2 %	3,4%	3,2%
Ensemble	100%	100%	100%	100%

Près de la moitié des usagers des CAARUD n'a jamais débuté de vaccination contre l'hépatite B. Cependant, plus les usagers sont jeunes, plus ils ont de chance d'en avoir au moins démarré une.

**Tableau 7.2. Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne, 2006**

	Ensemble N = 960	< 25 ans N = 230	De 25 à 34 ans N = 390	> 34 ans N = 370
0 injection	47 %	38 %	42 %	60 %
1 injection	19 %	26 %	20 %	12 %
2 injections	13 %	13 %	14 %	17 %
3 injections	21 %	23 %	24 %	15 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

### Données Ena Caarud

La majorité des usagers a effectué le test de l'infection au VIH (84,4 %) et au VHC (81,4 %). Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes. Les plus jeunes et les plus âgés ont moins fréquemment réalisé ces tests. Parmi les moins de 20 ans, presque un usager sur deux n'a fait pratiquer aucun des deux tests. C'est le cas d'un peu moins d'un quart des plus de 50 ans.

Parmi ceux qui ont effectué le test pour le VIH, la durée médiane écoulée depuis la dernière sérologie négative (ou dont le résultat n'est pas connu de l'usager)<sup>26</sup> s'élève à 8 mois (moyenne, 15,3 mois). Parmi les 86,4 % d'usagers qui peuvent en indiquer le mois et l'année, le test remonte à moins de 6 mois pour 45,1 % d'entre eux, de 6 mois à 1 an pour 24,1 % et de plus d'un an pour 32,9 %.

Pour le VHC, l'ancienneté médiane est égale à 6 mois (moyenne 11,5 mois). Parmi les 75,9 % d'usagers qui peuvent donner la date du dernier test, l'ancienneté de ce dernier est inférieure à 6 mois pour 26,9 % d'entre eux, compris entre 6 mois et 1 an pour 46,6 % et supérieure à 1 an pour 26,4 % (Toufik et al., 2008).

Parmi les usagers interrogés, 44 % déclarent être vaccinés contre le virus de l'hépatite B sans qu'on sache s'il s'agit d'une vaccination complète ou pas. La tranche d'âge des 20-34 ans semble bénéficier d'une meilleure couverture vaccinale : presque une personne sur deux contre trois à quatre sur dix pour les autres (Toufik et al., 2008).

### Traitement

La grande majorité (87,8 %) des personnes séropositives pour le VIH a consulté un médecin au cours des douze derniers mois pour cette affection et un peu moins de sept personnes sur dix (68,5 %) sont traitées.

<sup>26</sup> L'ancienneté du test n'est pas prise en compte lorsque la personne déclare être positive puisqu'elle ne réalise plus de test de dépistage.

Une majorité (67,8 %) des personnes séropositives pour le VHC a consulté un médecin au cours de la même période. Contrairement au VIH, une minorité (22,5 %) seulement bénéficie d'un traitement pour cette affection. (Toufik et al., 2008).

### **7.3 Interventions liées aux co-morbidités psychiatriques**

Pas de nouvelle information disponible

### **7.4 Autres interventions ciblant l'aspect sanitaire subséquent à l'usage de drogues**

Pas de nouvelle information disponible

## 8. Conséquences sociales

### Conséquences sociales : contexte général

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

La reconstitution des trajectoires, du système de vie et du rapport aux risques des usagers (en particulier d'héroïne) permet de comprendre les contextes et les processus de précarisation à l'œuvre (fragilité économique et sociale, déscolarisation, affaiblissement des solidarités), concomitants de l'installation d'une problématique de toxicomanie dans la vie des individus. Pour Bouhnik et Touzé (2002), la précarisation des conditions de vie des usagers associée à la répression et aux incarcérations réitérées contribuent à l'amplification des conduites à risques. Selon Jamouille (2001), les usagers doivent affronter plusieurs formes de précarité : économique, sociale et citoyenne, sanitaire et psychologique.

Parmi les sans-abri, la toxicomanie est généralement antérieure à la désocialisation de l'individu (Dabit et al. (1999; Declerck et al. (1996; La Rosa (1998)). Inversement, l'exclusion engendre un vif sentiment de déclassement qui est susceptible de pousser un individu vers la toxicomanie dès lors qu'il n'a pas choisi délibérément la marginalité. Dans le cas de l'alcool, les usages les plus durs observés en population sans domicile s'avèrent liés aux situations de précarité les plus marquées. La proportion de personnes présentant d'importants risques d'usage problématique d'alcool apparaît nettement plus élevée dans la population sans domicile qu'en population générale, en particulier dans les situations sociales les plus difficiles (Legleye et al. (2008)). Mais les substances peuvent également être un moyen de supporter la violence générée par la vie dans la rue : « le recours aux produits psychoactifs apparaît comme un moyen de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce » Jacob et al. (2000).

Délits et criminalité liés à l'usage de drogues : d'après les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur en France, toute personne qui consomme et/ou détient et/ou se livre à un trafic de ces substances s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement ferme. L'utilisateur simple peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération (voir la description du cadre légal dans le chapitre 1 et la description des alternatives aux poursuites et peines de substitution dans l'encadré du chapitre 9).

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

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

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

#### Conduite sous influence de stupéfiants

Depuis 2003, la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est un délit (loi n° 2003-87 du 3 février 2003, NOR: JUSX0205970L). Le délit est passible de deux ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende pour seul usage de stupéfiants. La peine est aggravée lorsqu'une consommation d'alcool concomitante est constatée. Le dépistage est obligatoire pour tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel et systématique, s'il y a suspicion de consommation, dans le cas d'accidents corporels. Les contrôles peuvent également être pratiqués de manière aléatoire.

Usage en prison [Tableau épidémiologique n°12] : Une étude menée en 2003 montre que 33 % des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage au cours de l'année précédant l'incarcération Mouquet et al. (1999). En population générale, les consommations régulières de drogues illicites représentent en 2002 6 % des 18/25 ans et 2 % des 26/44 ans Legleye et al. (2008). Ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'usagers de drogues comparativement à la population générale.

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

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

La pratique de l'injection apparaît importante au sein de cette population précarisée, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : 6,2 % des entrants déclaraient une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 ; en 2003,

seuls 2,6% des entrants déclaraient pratiquer l'injection (Mouquet et al. (1999)) . Selon les études, 60 à 80 % des détenus cessent de s'injecter en détention. Toutefois, ceux qui poursuivent, même s'ils réduisent la fréquence des injections, semblent être plus gros injecteurs, aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants.

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

Coût social des drogues : les dépenses publiques, toutes drogues confondues, s'élevaient à 1 159,12 millions d'euros pour l'année 2003 ; l'essentiel des dépenses concernait les drogues illicites (environ 80 %), la part la plus faible étant consacrée au tabac (moins de 5 %). Au final, la part des dépenses imputables à la lutte contre les drogues licites et illicites a représenté 0,33 % des dépenses publiques totales en 2003. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites représentent respectivement 2,37, 3,05 et 0,18% du PIB 2000 (Kopp et Fenoglio 2006).

## 8.1 Exclusion sociale

Voir caractéristiques des usagers des CAARUD (point 4.3).

## 8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues

Information provenant du ministère de l'Intérieur (OCRTIS 2007) : Interpellations pour infraction à la législation sur les drogues (ILS).

### **Données générales :**

Les interpellations pour ILS réalisées par les services de police, de gendarmerie et des douanes enregistrent une hausse de 22% en 2007 (Office Central Pour La Répression Du Trafic Illicite Des Stupéfiants (Ocrtis) (2005)). Cette hausse concerne toutes les catégories d'interpellés mais elle est plus forte pour les cas de trafic (+35%), d'usage revente (+23%) que pour ceux d'usage simple (+20%)

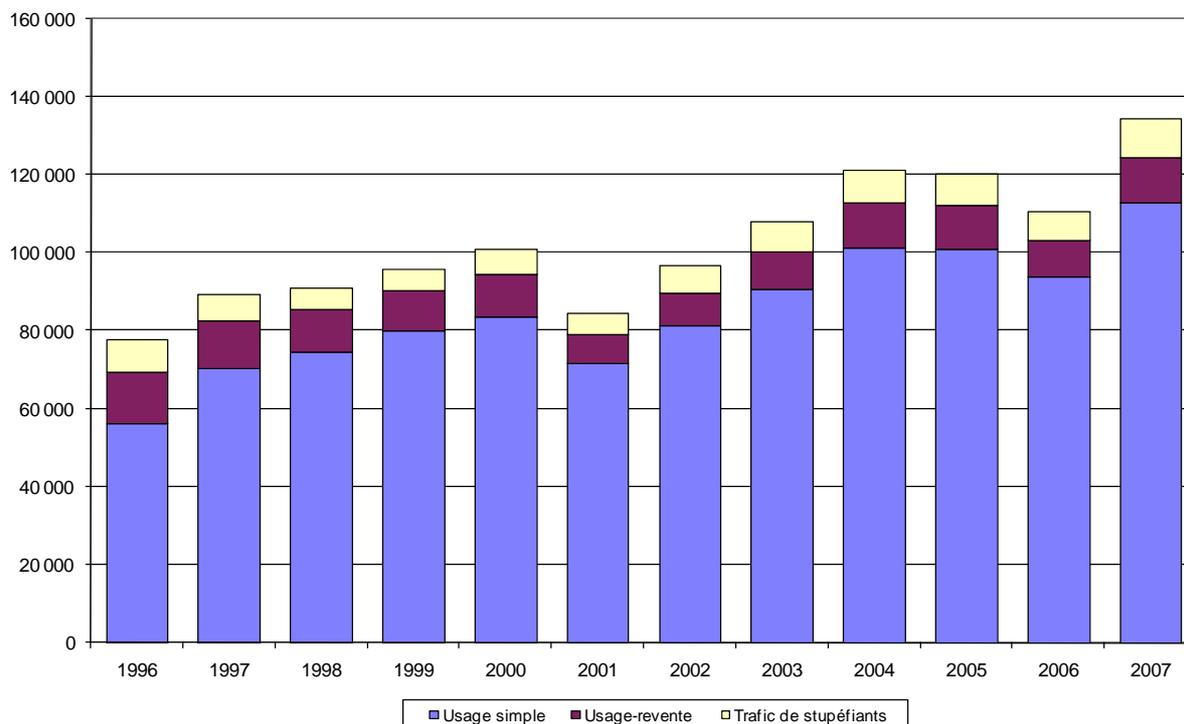
### **Motif d'interpellation :**

L'usage simple de stupéfiants reste le motif d'interpellation principal : 112 923 interpellations, soit 85 % des interpellations pour ILS en 2007, proportion stable depuis 1998.

On recense 11 548 interpellations pour usage-revente, deuxième motif d'interpellation (8,6 % de l'ensemble des interpellations pour ILS).

Les interpellations pour trafic se décomposent en : 1 651 interpellations pour trafic international et 8 198 pour trafic local (soit 7.3 % de l'ensemble des interpellations pour ILS).

**Graphique 8.1. Interpellations pour ILS depuis 1996.**



Source : FNAILS, OCRTIS

**Produit en cause.**

Le cannabis reste le principal produit en cause dans les interpellations pour ILS et ce, quel que soit le motif d'interpellation : dans 86,3% des interpellations pour usage, 61,5% des cas d'usage-revente et de trafic (voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** suivant).

**Tableau 8.1. Interpellations pour ILS par produit, 2007**

	Usage	% en colonne	Usage / revente et Trafic	% en colonne	Total	% en colonne
Cannabis	97 460	86,3%	13 154	61,5%	110 614	82,4%
Héroïne	6 438	5,7%	2 952	13,8%	9 390	7,0%
Cocaïne	4 043	3,6%	3 116	14,6%	7 159	5,3%
Crack	494	0,4%	269	1,3%	763	0,6%
Ecstasy	751	0,7%	388	1,8%	1 139	0,8%
Médicaments <sup>(1)</sup>	332	0,3%	245	1,1%	577	0,4%
Amphétamines	294	0,3%	109	0,5%	403	0,3%
Champignons	142	0,1%	10	0,0%	152	0,1%
Autres <sup>(2)</sup>	2 969	2,6%	1 154	5,4%	4 123	3,1%
<b>Total</b>	<b>112 923</b>	<b>100%</b>	<b>21 397</b>	<b>100%</b>	<b>134 320</b>	<b>100%</b>

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, rohypnol®, autres.

(2) Khat, méthamphétamines, LSD, opium, morphine, solvants, autres

Source : OSIRIS, OCRTIS.

Globalement, viennent ensuite l'héroïne et la cocaïne : les interpellations d'héroïne étant plus fréquentes chez les usagers que la cocaïne (5.7% versus 3.6%) alors que les interpellations d'usage-revente et trafic sont plus fréquentes pour la cocaïne (14.6% versus 13.8%).

Signalons dans le cas de la France l'importance (relative) des interpellations liées aux mésusages de médicaments (notamment du Subutex® mais aussi de produits indéterminés : il s'agit d'usagers qui ne peuvent justifier d'une prescription médicale sur la base d'une ordonnance) et celles de champignons hallucinogènes.

En ce qui concerne les produits, la hausse de des interpellations (+ 21.6%) concerne l'ensemble des produits :

- La croissance des interpellations pour usage, usage-revente et trafic d'héroïne : initiée en 2005, la croissance se poursuit en 2006 et 2007: 33 % d'interpellations en plus, +30 % chez les usagers interpellés, +41% chez les usagers-revendeurs, trafiquants. Ces chiffres semblent marquer la fin de la baisse enregistrée tout au long des années 1990. On constate parallèlement l'arrêt du vieillissement des usagers d'héroïne interpellés.
- La cocaïne est également un produit de plus en plus fréquent dans les interpellations : +37 % chez les usagers interpellés, et +22 % chez les usagers-revendeurs et trafiquants (la cocaïne est le principal produit retrouvé chez les trafiquants internationaux, dont plus la moitié sont interpellés dans les aéroports parisiens).
- Les interpellations d'amphétamines augmentent, après une légère baisse en 2006, atteignant 403 interpellations en 2007, dont 294 pour usage (+54%) et, 109 pour usage-revente et trafic (+40%). Les interpellations de cannabis, après avoir enregistrées une baisse en 2006, atteignent un niveau record de 110 614 interpellations en 2007. Cette hausse se ressent sur les interpellations pour usage simple (+17%), et également sur les interpellations d'usagers-revendeurs et trafiquants (+20%).
- La baisse des interpellations pour ecstasy depuis 2005 se poursuit en 2007 (-8%), passant de 2 084 interpellations en 2005 à 1 139 en 2007.
- Les interpellations liées au crack nettement en baisse en 2006, augmentent de 16% en 2007, avec 763 interpellations : principalement concentrées dans les DOM et en région parisienne.
- A noter cette année, la nette augmentation des interpellations pour autres produits (LSD, khat, GHB, kétamine, opium, morphine et autres produits non spécifiés). Cependant le produit n'est pas spécifié dans le procès-verbal rempli par les services de police.

#### Information provenant du Ministère de la Justice : condamnations.

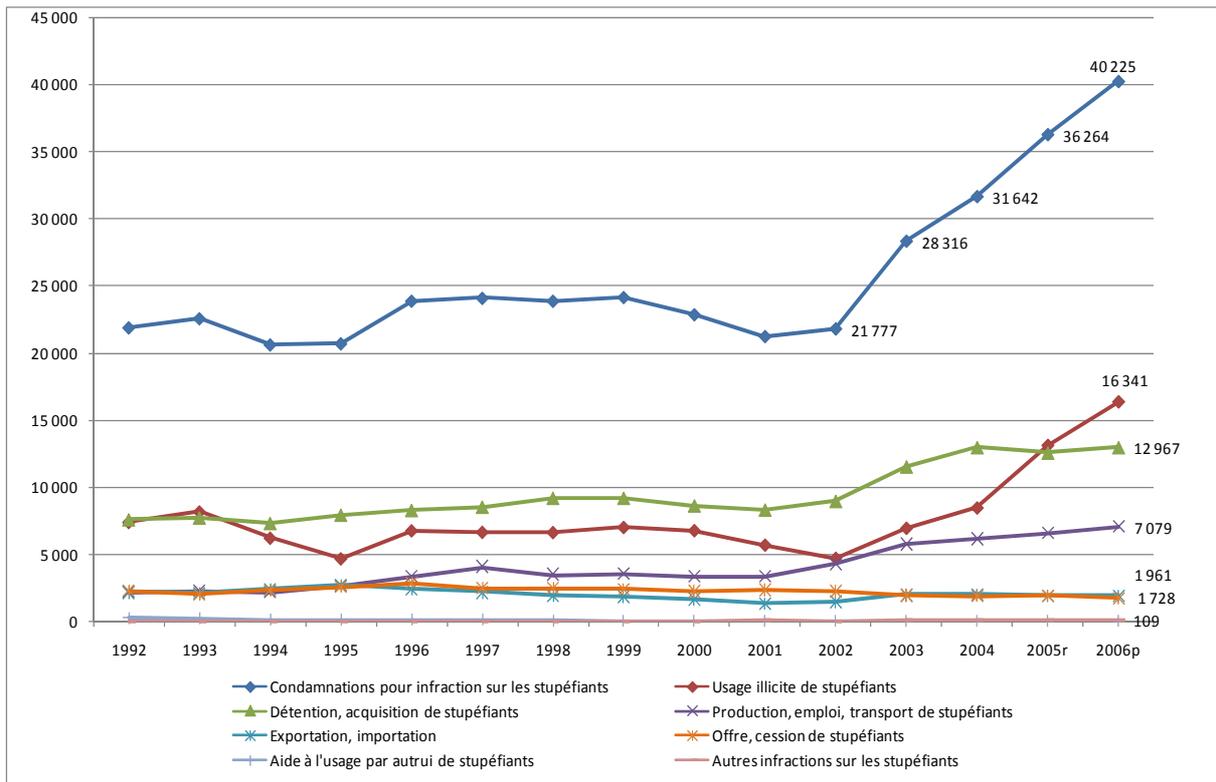
Les statistiques afférentes aux condamnations sont publiées avec un décalage de deux années Justice (2007). L'information qui suit porte donc sur l'année 2006 et n'est officiellement pas considérée comme définitive.

40 225 condamnations ont été prononcées en 2006 pour une infraction à la législation des stupéfiants (ILS) en infraction principale<sup>27</sup>, soit 11 % de plus qu'en 2005.

---

<sup>27</sup> Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions (fréquent en matière d'ILS) ; l'infraction principale est celle inscrite en premier dans le casier judiciaire, mais elle ne reflète pas toujours la qualification la plus grave. La prise en compte des infractions de rang 2 et plus portent le nombre d'ILS sanctionnées à 101 000 pour l'années 2004. Il n'y a pas d'information encore disponible pour 2005.

**Graphique 8.2. Condamnations pour ILS prononcées en France.**



2005r et 2006p: données provisoires.

Source: Données de l'Annuaire Statistique du Ministère de la Justice

La croissance concerne toutes les ILS, en particulier celles les plus fréquemment sanctionnées :

- En 2006, 16 341 condamnations ont été enregistrées pour usage (soit 25% de plus qu'en 2005 et 93% de plus qu'en 2004). Représentant 40.6% des infractions condamnées, l'infraction pour usage de stupéfiant devient la première infraction sanctionnée.
- La détention, acquisition de stupéfiants concerne 12 967 condamnations, second motif d'infraction condamnée, soit 32% de l'ensemble des condamnations pour ILS.
- Les condamnations pour production, emploi ou transport, au nombre de 7 079, enregistrent une hausse de 8%.
- Le trafic (importation-exportation) est sanctionné, en infraction principale, dans 1 961 condamnations, soit 5 % des ILS.

Globalement, en 2006, une ILS en infraction principale est sanctionnée à 63 % par une peine d'emprisonnement (peine ferme ou assortie d'un sursis partiel dans la moitié des cas), dans 25 % des cas par une amende et dans 7 % par une peine de substitution: jour amende ou travaux d'intérêt général (TIG).

Les dispenses de peine sont rares, moins de 1% de l'ensemble des peines prononcées. Les mesures éducatives, au nombre de 1 538 prononcées en 2006, représentent 4% des condamnations pour ILS.

### Information provenant du Ministère de la Justice : incarcérations.

Données de stock : Au 31/12/2006, il y avait, parmi les 41 920 détenus condamnés, 5 751 détenus condamnés pour ILS en infraction principale, représentant 14% de la population carcérale.

Données de flux : Depuis 2003 et l'arrêt de l'exploitation statistique du Fichier National des Détenus (FND), les données présentées par le Ministère de la Justice sont extraites de la statistique trimestrielle de la direction de l'Administration pénitentiaire, ne permettant plus de comptabiliser le mouvement des détenus (flux de détenus au cours de l'année).

### La conduite après usage de stupéfiants : contrôles et sanctions en 2005-2006<sup>28</sup>.

#### **Rappel de la législation en vigueur.**

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) avaient instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles et la mise en place d'une étude épidémiologique (menée entre octobre 2001 et 2003), avant une éventuelle généralisation (étude SAM). La loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation associée d'alcool.

Les dépistages (sanguins voire, en cas d'impossibilité de prise de sang, urinaires par défaut) sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur impliqué dans un accident quelconque de la circulation, ou auteur de certaines infractions au code de la route, ou encore à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art.L235-2 du code de la route).

#### **Les dépistages en 2007**

Pas de nouvelles données disponibles

#### **Les infractions sanctionnées en 2007.**

Pas de nouvelles informations disponibles

#### **Les condamnations en 2006**

En 2006, 5 207 condamnations ont été prononcées, soit 56% de plus qu'en 2005. 49% de l'ensemble de ces condamnations sont sanctionnées par une peine d'emprisonnement (dont seulement 11 % se traduiront par une peine de prison ferme, en partie ou totalement). Environ 34% feront l'objet d'une peine d'amende et 16 % d'une peine de substitution (probablement des retraits de permis de conduire).

Ces sanctions sont proches de celles de la conduite en état d'ivresse bien que les peines d'amende soient proportionnellement moins fréquentes au profit des peines de substitution.

---

<sup>28</sup> Ministère de l'Intérieur (...), *Bilan du comportement des usagers de la route, année 2006*, 77 p. ([http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7\\_statistiques\\_securite\\_routiere](http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)); extraction spéciale du casier judiciaire national par la sous-direction de la statistique, des études et de la documentation.

Les sanctions sont moins sévères pour la conduite après usage de stupéfiants seuls ou pour les cas de refus. Mais elles s'accroissent en cas de blessures (9 condamnations sur 10 sont sanctionnées par un emprisonnement, ferme) et surtout en cas d'homicides involontaires, sanctionnées par un emprisonnement, ferme à 42 % et pour une durée moyenne de 10,7 mois.

**Tableau 8.4. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2006.**

	Ens. des condamnations	Peines d'emprisonnement	Peines d'amende	Peines de substitution	Mesures éducatives	Dispenses de peine
Total des infractions par conducteur ayant fait usage de stupéfiants	5 207	2 556	1 795	823	16	17
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stupéfiants	4 021	1 708	1 613	676	11	13
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stupéfiants + état alcoolique	934	643	162	124	4	1
Blessures ou homicide invol. par conduct. ayant fait usage de stupéfiants	201	176	9	11	1	2
Refus par le conduc. d'un vl de se soumettre aux analyses ou examens	48	26	9	12	0	1

Source : Ministère de la Justice – Sous direction de la statistique, des études et de la documentation – extraction spéciale du Casier judiciaire national

### 8.3 Usage en prison

Le pôle TREND pilotera début 2008 une étude portant sur les usages en prison. A ce jour, la première partie (révision bibliographique) est terminée.

### 8.4 Coût social

Pas de nouvelle information disponible.

## 9. Réponses aux problèmes sociaux

### Réponses aux problèmes sociaux : contexte général

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

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

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

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

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

### Assistance aux usagers en prison<sup>29</sup> :

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

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

<sup>29</sup> Par convention, la prise en charge médico-sociale des usagers en prison est traitée dans ce chapitre mais des renvois figurent dans les chapitres 5, 6 et 7 qui traitent de ces aspects chez les usagers de drogues non détenus.

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

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

- prise en charge et traitement des dépendances : parmi les 186 établissements pénitentiaires présents en France, peu développent un dispositif de soins spécifique pour les toxicomanes. Des antennes toxicomanie existent dans 16 grandes maisons d'arrêt ; des Unités de soins pour sortants (UPS) ont été mises en œuvre dans 7 établissements pénitentiaires à titre expérimental en 1997 (2 ont fermé en 2003); des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) – relevant désormais depuis février 2008 du cadre des CSAPA – ont été ouverts dans seulement 3 établissements pénitentiaires. Les 102 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) contribuent à l'objectif de suivi social des détenus et à leur insertion à la sortie de prison ; ils veillent à créer les conditions favorisant la réintégration sociale des toxicomanes (dont une part ont initié un traitement en milieu carcéral) en les orientant vers des prestataires de soins publics ou associatifs dès la remise en liberté.

La prescription de médicaments de substitution est théoriquement possible en détention dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement au Subutex® (depuis 1996) ou à la méthadone (depuis la circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002). Tous les établissements pénitentiaires sont tenus de proposer à l'entrée en détention un traitement de substitution ou une méthode de sevrage aux personnes qui en exprimeraient le besoin (circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996). Le Ministère de la Santé a mené successivement quatre enquêtes annuelles sur les traitements de substitution (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001, février 2004) qui font apparaître que l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, bien que la part de la population pénitentiaire substituée ait augmenté : 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001 et 6,6 % en 2004, la majorité des traitements étant à base de buprénorphine haut dosage (78% en 2004, vs 22% de traitements à base de méthadone). Le taux d'interruption de traitements de substitution à l'entrée en prison a ainsi notablement baissé, passant de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001. Une enquête de 2007 sur la primo-prescription de méthadone, menée notamment en milieu pénitentiaire, confirme l'amélioration de l'accessibilité des traitements de substitution depuis l'introduction de la circulaire de 2002 et atteste d'un progressif rééquilibrage en faveur de la méthadone (35% des TSO).

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

#### Alternative aux poursuites et peines de substitution :

La priorité conférée par les textes (loi du 31 décembre 1970) au volet médico-social dans la lutte contre les drogues suppose de développer les réponses judiciaires alternatives. En 1993, le dispositif des conventions départementales d'objectifs (CDO) a été lancé pour améliorer l'articulation entre les instances de

justice et de santé, de façon à ce que les alternatives aux poursuites à contenu sanitaire (injonction thérapeutique, orientation vers une structure sanitaire et sociale) soient favorisées.

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

Les enquêtes sociales et de personnalité (sur les individus interpellés) doivent permettre une individualisation de la décision judiciaire et le choix de la mesure la plus appropriée. La diversification des réponses pénales est mise en avant : injonction thérapeutique, classement avec orientation, classement sous condition pour les alternatives aux poursuites ; contrôles judiciaires socio-éducatifs avec obligation de soins, liberté surveillée pour les mesures présentencielles. La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR : INTX0600091L) prévoit aussi, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, aux frais du contrevenant (décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, NOR : JUSD0755654D).

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

S'agissant des injonctions thérapeutiques, mesure alternative applicable par excellence aux personnes interpellées présentant un problème de dépendance, la tendance nationale est plutôt à la stagnation de leur nombre annuel, malgré de nombreux efforts de relance par voie de circulaire (circulaire Guigou du 17 juin 1999 notamment). La loi du 5 mars 2007, relayée par le décret n°2008-364 du 16 avril 2008 (NOR : SJSP0769782D), étend le dispositif de l'injonction thérapeutique qui peut désormais être prononcée non plus seulement comme une alternative aux poursuites mais aussi comme une condamnation pénale. Par ailleurs, la loi instaure le dispositif du médecin-relais, chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique et de son suivi.

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

## 9.1 Intégration sociale

L'enquête menée en 2007 par l'OFDT (Obradovic et al. (2008) pour évaluer l'impact de la circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu

pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts. En milieu pénitentiaire<sup>30</sup>, l'enquête montre que plus d'un tiers des patients dépendants aux opiacés pris en charge par les UCSA (unités de soins somatiques rattachées à l'hôpital implantées dans chaque établissement pénitentiaire) ou les SMPR (services de soins psychiatriques régionalisés intervenant en milieu carcéral) dans le cadre d'un traitement de substitution bénéficient d'un traitement de substitution à base de méthadone (35%). Autrement dit, la part de la méthadone dans l'ensemble des traitements de substitution a nettement progressé puisqu'elle était évaluée à 22% en 2004, dans le même échantillon d'établissements interrogés (enquête DGS/DHOS 2004). Une estimation pondérée permet ainsi d'établir que les patients sous méthadone représentent environ 40% de la population pénale dépendante aux opiacés incarcérée.

Parmi les difficultés les plus couramment rencontrées lors de la prescription de méthadone, la plus fréquente est la difficulté à connaître la date de sortie du patient compte tenu notamment des aménagements de peine (40%). La deuxième contrainte de gestion de la primo-prescription tient à la brièveté des séjours en détention, particulièrement en maison d'arrêt, qui ne permet pas un suivi à long terme des patients en détention. Par ailleurs, près d'un quart des professionnels répondants (24%) indiquent leur préférence pour la BHD pour traiter les détenus dépendants aux opiacés. De surcroît, 22% des établissements font valoir la difficulté de trouver une structure-relais pour la prise en charge à la sortie et une part équivalente de professionnels invoque le manque de personnel (20%) qui pèse sur l'organisation de la délivrance de méthadone. Il faut signaler également que certains établissements pénitentiaires, même s'ils sont peu nombreux, invoquent encore des réticences médicales quant à la prescription de TSO en milieu fermé et plus d'un sur quatre n'a effectué aucune primo-prescription de méthadone au cours du semestre 2006.

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

En application de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (NOR : INTX0600091L), le juge peut prononcer, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, aux frais du contrevenant (dans les conditions spécifiées par le décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, NOR : JUSD0755654D). Ces stages collectifs, mis en place à partir de janvier 2008 par les associations intervenant en toxicomanie, doivent notamment servir à informer les contrevenants sur les effets de l'usage de stupéfiants sur la santé, la loi et les conséquences de toute infraction et les aspects sociaux de l'usage de drogues (risque pour soi et pour autrui, trafic, violences). Une évaluation de ces stages est prévue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2009.

Dans le cadre de la lutte contre l'usage de stupéfiants au volant, et suite à la loi du 3 février 2003, qui instaure un délit de conduite sous l'emprise de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines ou d'opiacés, le Ministère de l'intérieur a annoncé le 18 juin 2007 le lancement d'une campagne de test pour la validation de kits salivaires, avec comme objectif "*de vérifier l'efficacité et la fiabilité des modèles de kits salivaires proposés par les fabricants et de sensibiliser le public*"<sup>31</sup>. Ces kits sont censés détecter la présence de substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, les amphétamines et les opiacés. Les dates prévues pour l'essai se sont étendues du 15 juin au 15 septembre 2007, l'objectif fixé étant de 30 000

---

<sup>30</sup> Les résultats en milieu hospitalier sont présentés au chapitre 5.3

<sup>31</sup> Le communiqué de presse est consultable à partir du lien URL suivant :

[http://www.interieur.gouv.fr/sections/a\\_la\\_une/toute\\_l\\_actualite/securite-interieure/tests-salivaires-drogues/downloadFile/attachedFile/Communique\\_deplacement\\_Ministre\\_test\\_salivaires\\_drogue\\_17\\_06\\_07\\_2\\_.pdf?nocache=1182156365.78](http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_la_une/toute_l_actualite/securite-interieure/tests-salivaires-drogues/downloadFile/attachedFile/Communique_deplacement_Ministre_test_salivaires_drogue_17_06_07_2_.pdf?nocache=1182156365.78)

tests appliqués à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Rennes, Montpellier, Lille ainsi que dans les Pays de la Loire, le Centre et la Lorraine. Trois kits ont été testés, la sélection définitive devant avoir lieu en automne 2007. Si les résultats sont validés, le Ministère de l'intérieur espère pouvoir étendre leur usage au niveau national et atteindre 100 000 tests en 2008.

En avril 2007, un nouvel outil a été préparé en collaboration avec la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et validé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)<sup>32</sup>. Il se compose d'un kit pédagogique mis à la disposition des enseignants pour les aider à animer un débat en classe et d'un espace interactif à destination des jeunes et des parents. Le kit contient un CD-Rom, un DVD et un livret d'accompagnement pour l'enseignant. Il est diffusé gratuitement par les comités départementaux de l'association. Il comprend des témoignages de jeunes accidentés, des interviews d'experts, des reportages et des schémas explicatifs.

Pour rappel, le rapport ROSITA (*ROadSide Testing Assessment*) remis à la Commission européenne en 2006 remettait en cause la validité clinique des tests salivaires concernant la détection du cannabis. Le THC présent dans les urines et dans le sang a été détecté dans moins de la moitié des essais (46%).

---

<sup>32</sup> Disponible sur le site [www.preventionroutiere.asso.fr](http://www.preventionroutiere.asso.fr)

## 10. Marché et offre

### Marché et offre : contexte général

Quatre sources permettent de recueillir de manière continue les informations sur le marché et l'offre de substances psychoactives.

- Le dispositif d'observation Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) qui recueille des informations, principalement qualitatives (accessibilité, disponibilité, prix moyens), auprès des usagers et des différents acteurs de la prévention, du soin ou de la répression. Il se concentre sur deux espaces d'observation : l'espace urbain et l'espace festif. Le premier comprend les lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues (squats, rue...) ; le second désigne les événements festifs relevant surtout de la culture techno : club, teknival, free-party, soirée privée.

- Le dispositif d'observation des produits, le Système National d'Identification des Toxiques et Substances (SINTES), qui recueille principalement des informations sur les compositions, mais aussi sur les prix.

- Les données des services répressifs (police, douane, gendarmerie proviennent de l'Outil Statistique d'Information et de Recherche sur les Infractions sur les stupéfiants (OSIRIS) géré par l'OCRTIS. Il fournit le nombre ainsi que les quantités saisies sur le territoire français. Les saisies recensées par les services répressifs ne constituent qu'un indicateur partiel de l'offre de drogues illicites, parce qu'elles sont directement liées à l'activité des services concernés et parce que le hasard joue un rôle non négligeable dans leurs variations annuelles. Il est donc indispensable d'étudier les évolutions sur de longues périodes.

- Les enquêtes en population générale sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites.

#### Disponibilité et approvisionnement :

- Le cannabis (résine et herbe) est le produit illicite le plus disponible en France. Depuis quelques années, il existe un engouement certain pour l'herbe. Ce phénomène peut s'expliquer par la mode actuelle pour les produits considérés comme « naturels ». En témoigne aussi l'essor de l'autoculture d'herbe de cannabis, qui toucherait environ 200 000 personnes (estimation de la population ayant cultivé au moins une fois du cannabis, à partir des enquêtes ESCAPAD 2005 et du Baromètre Santé – voir Cannabis Données Essentielles<sup>33</sup>).

- La disponibilité de la cocaïne ne cesse de s'élargir en France pour toucher des milieux sociaux extrêmement hétérogènes. Ce phénomène est favorisé, depuis une dizaine d'années, par la diminution régulière du prix du gramme de cocaïne qui se situe autour de 60 euros. En revanche, le chlorhydrate de cocaïne sous sa forme base, le crack, reste confiné à un milieu bien particulier d'usagers très marginalisés vivant en région parisienne. Il existe un usage de chlorhydrate de cocaïne « base » répondant à l'appellation « free base » qui touche une population fréquentant le milieu des free parties et des raves.

- L'ecstasy est, après le cannabis, la substance illicite la plus répandue dans l'espace festif, qu'il soit commercial ou alternatif. Depuis quelques années, un engouement chez une fraction des usagers pour une variété circulant sous forme de poudre, exprimant une lassitude devant les comprimés, est constaté.

- L'héroïne est un produit peu disponible et peu visible. Cette situation s'est accentuée avec la disparition des scènes ouvertes et la reconversion des petits trafiquants dans la vente de cocaïne, plus rentable. Toutefois, cette situation est

<sup>33</sup> <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdecomp.pdf>

peut-être en train de changer. Il semblerait en effet que la disponibilité de l'héroïne augmenterait tant dans les milieux urbains que festifs et que son usage toucherait de nouvelles populations.

- La disponibilité et l'accessibilité de la buprénorphine haut-dosage (Subutex®) demeurent toujours aussi importantes sur le marché parallèle des centres urbains en dépit des mesures d'encadrement plus strictes de sa délivrance prises par les pouvoirs publics.

La consommation d'hallucinogènes naturels et notamment de champignons hallucinogènes se développe du fait notamment de la croissance de l'auto-culture et de l'approvisionnement via internet.

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

Les tendances observées par produit sont les suivantes :

- les saisies les plus nombreuses concernent le cannabis, notamment la résine. Les quantités saisies ont augmenté à partir de 2002, puis ont connu une baisse depuis 2005 ;

- depuis la fin des années 1980, une forte croissance des saisies de cocaïne et de crack, qui se prolonge jusqu'à maintenant ;

- après une augmentation des quantités d'héroïne saisies dans les années 1980 et jusqu'en 1994, la tendance ensuite orientée à la baisse semble s'inverser à partir de 2002 ;

- depuis le début des années 1990, le nombre et les quantités saisies d'ecstasy ont crû très fortement alors que l'augmentation des saisies d'amphétamines a été plus modérée ;

- quantité et nombre de saisies de LSD sont à la baisse sur la période 1990-2006 après des pics en 1992 et 1993, puis 2003 et 2004.

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

Prix, pureté : les informations sur les prix et la pureté des produits psychoactifs sont disponibles en France depuis l'année 2000.

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

- Cannabis

Depuis 2002, l'herbe de cannabis était vendue moins de 5 euros le gramme. En 2005, il augmente légèrement par rapport aux années précédentes (6,4 euros), les usagers ayant tendance à privilégier des produits de meilleure qualité. Plus de 80 % des échantillons analysés en 2005 contiennent moins de 15 % de tétrahydrocannabinol (THC). Leur taux de THC est fortement aléatoire. Il est plus haut dans les échantillons supposés provenir des Pays Bas.

Le prix de la résine est stable et tourne autour de cinq euros le gramme depuis plusieurs années. Plus de 90 % des échantillons comprennent moins de 15 % de THC (2005).

- Opiacés

Le prix moyen de l'héroïne brune en France métropolitaine au regard d'enquêtes menées auprès des structures de bas seuil s'élèverait, en 2006 à environ 40 euros le gramme. Le taux de pureté se situe principalement entre 0 et 20 %.

Le prix médian d'un comprimé de 8 mg de Subutex® (BHD) au marché noir est descendu de 6 € à 3 € entre 2000 et 2002. En 2006, après une remontée en 2005 à 5 euros, il semblerait que le prix médian du comprimé de 8 mg se situe à 3 euros.

- Cocaïne

Les prix du chlorhydrate de cocaïne et de la cocaïne sous forme base (crack) varient selon les sites et les espaces sociaux d'observation. En France métropolitaine, en 2006, le prix moyen du gramme de chlorhydrate de cocaïne se situe comme en 2005 à 58,5 euros en 2006 soit un des niveaux les plus bas depuis sept ans. Le taux de pureté de la cocaïne saisie est le plus souvent compris entre 60 et 100 %. Les produits de coupe les plus utilisés sont la lidocaïne, la phénacétine et la procaine.

- Ecstasy

Le prix moyen du comprimé d'ecstasy s'établit à environ cinq euros à l'unité. Cependant, le prix du comprimé peut descendre alors largement en dessous de ce niveau en cas d'achat par lot. En 2003, parmi les comprimés collectés par SINTES, 89 % contiennent de la MDMA et 93 % au moins un amphétaminique. La moyenne est de 54 mg de MDMA par comprimé (vs 56 mg en 2002, 63 mg en 2001 et 74 mg en 2000). Près de 4% des comprimés sont fortement dosés (>100 mg). Le dosage des poudres et gélules contenant de la MDMA est en moyenne le double de celui des comprimés (51 % de MDMA pour les poudres, (33 dosages) ; 53 % pour les gélules (34 dosages) et 24 % pour les comprimés.

## 10.1 Disponibilité et approvisionnement

Les informations qui suivent proviennent des observations sur les tendances collectées par le dispositif TREND au cours de l'année 2007.

### Héroïne

En France, l'héroïne circule sous deux formes chimiques : chlorhydrate (la blanche) et base (la brune). La disponibilité de ces deux types d'héroïne n'est pas égale. La première est extrêmement rare et semble confinée à des cercles restreints, communauté chinoise dans la région parisienne, tandis que la seconde est beaucoup plus disponible.

Depuis l'année 2006, il semble que l'on assiste à une plus grande disponibilité de l'héroïne brune que ce soit dans l'espace urbain ou l'espace festif. En 2007, cette tendance se confirme. La quasi-totalité des sites du dispositif TREND font état en effet d'une disponibilité en hausse et, dans les deux espaces, de l'apparition de consommateurs plus jeunes. A Marseille, site qui, jusqu'à cette année, semblait relativement épargné par ce phénomène, la disponibilité du produit s'accroît notamment dans les milieux festifs alternatifs. Il semble aussi que l'on assiste dans de nombreux sites à une réorganisation de l'offre qui rend l'accessibilité du produit plus facile. Ainsi, l'offre de rue apparaît de plus en plus visible et semble le fait de réseaux qui jusque-là ne proposaient que de la résine de cannabis.

### Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite dans le cadre d'un traitement de substitution à l'héroïne.

La BHD est disponible en officine sous trois formes : la forme commercialisée, depuis 1996, sous la dénomination de Subutex® par le laboratoire Schering-Plough et deux formes génériques, fabriquées par la société Arrow, et disponible en officine depuis mars 2006, et par la société Merck (2007). Il semblerait que l'usage, aussi bien dans le cadre qu'hors du cadre thérapeutique, de Subutex® demeure hégémonique chez les usagers, ceux-ci reprochant notamment au comprimé générique d'être d'une part peu sécable du fait de sa dureté et de sa petite taille, ce qui rend l'injection difficile, et de prodiguer d'autre part des effets moins puissants.

En 2007, comme les années précédentes, et en dépit des mesures prises par les pouvoirs publics, notamment depuis 2005, afin d'encadrer plus strictement sa prescription, la BHD, sous la forme Subutex®, reste très disponible sur le marché parallèle des centres urbains. Si l'usage détourné touche des usagers le plus souvent très marginalisés qui fréquentent les structures dites de première ligne, depuis deux ans apparaissent sur certains sites de nouvelles populations plus insérées qui peuvent consommer du Subutex® soit dans le cadre d'une régulation de la prise de stimulant, afin de gérer la phase dite de descente, soit dans un cadre plus quotidien à des fins de « détente ».

### Cocaïne

La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre blanche obtenue à partir de la feuille de coca) destinée être sniffée (voie nasale) voire injectée (voie intraveineuse) ; base ou free base (caillou, galette), destinées à être fumée (voie pulmonaire).

La disponibilité de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate ne cesse depuis dix ans de se développer. L'année 2007 ne déroge pas à la règle. L'usage touche des couches très diversifiées de la population française et affecte aussi bien l'espace urbain que l'espace festif. Le phénomène le plus marquant réside dans le développement de la consommation et du trafic dans les banlieues défavorisées des grandes agglomérations urbaines.

La cocaïne sous sa forme base ou free base reste, semble-t-il, confinée à des milieux bien particuliers. C'est le cas du crack, lequel ne circule que dans le nord de Paris, et dans une moindre mesure dans le département limitrophe de la Seine-Saint-Denis, au sein d'une population extrêmement marginalisée. En 2007, le site de Paris fait état de changements en matière d'offre de crack. Alors que celui-ci restait jusque-là le monopole de revendeurs africains, il semblerait que des réseaux de trafic de cannabis se soient reconvertis dans la vente de crack et de cocaïne jugée plus lucrative. Cette nouvelle configuration aurait une incidence sur la demande puisque celle-ci s'élargirait à de nouveaux milieux notamment issus de milieux plus insérés et de jeunes relevant de milieux contre-culturels.

Le « free base », quant à lui, même si son espace géographique est plus vaste que pour le crack, ne semble pas vraiment être consommé en dehors des usagers qui fréquentent les événements techno alternatifs.

### Ecstasy, amphétamines et autres drogues de synthèse

L'ecstasy est principalement disponible sous trois formes : comprimé, le plus souvent assorti d'un logo, gélule et poudre. Il circulerait également des formes dites « liquides » ou « cristal », mais celles-ci sont très marginales. Depuis quelques années, les observateurs du

dispositif TREND font état dans le milieu festif alternatif notamment d'une désaffection pour les formes « comprimé » et « gélule ». Il semble que cette désaffection se poursuive et favorise le développement de la forme poudre qui circule sous l'appellation MDMA. La poudre est de plus en plus disponible et touche des publics de plus en plus diversifiés. La MDMA apparaît aux usagers de meilleure qualité que les comprimés et bénéficie de son apparence qui la rapproche de la cocaïne dont l'image est très positive.

Les amphétamines et notamment le speed restent très présents dans l'espace festif et concurrence efficacement la cocaïne par la similarité des effets et la relative modicité de son prix.

### Hallucinogènes

Le LSD est disponible en France sous trois formes : la forme dite « buvard » (imprégnation d'un papier absorbant par la substance) ; la forme liquide dite « goutte » (imprégnation d'un sucre ou dilution dans un verre d'alcool) et la forme micropointe.

En 2007, il semble que la disponibilité soit plutôt forte dans le milieu des raves et des free parties et confirme la tendance observée depuis trois ans à un retour du produit. En témoignent les saisies de la police, des douanes et de la gendarmerie, qui sont en hausse de 134 % par rapport à l'année 2006.

## **10.2 Saisies**

En 2007, le nombre de saisies effectuées atteint 94 431 (Ocrtis (2008)), contre 78 287 en 2006, soit une hausse de 21%, en outre, les volumes de stupéfiants saisis enregistrent une forte baisse . Cette baisse touche l'ensemble des stupéfiants, mais est d'ampleur différente suivant le produit. L'analyse par produit pour 2007 laisse apparaître les évolutions suivantes :

- Baisse marquée des quantités saisies de cannabis (-48 % par rapport à 2006). La baisse des saisies de cannabis porte principalement sur la résine, enregistrant une baisse de près de 50%.
- Les volumes saisis de crack diminuent de 20%, passant de 8,7kg à 7kg en 2007.
- Les quantités saisies d'ecstasy diminuent légèrement, -9% par rapport à 2006, avec près de 1 360 000 doses. Les saisies de cocaïne de 2006 s'élevait à 10 166kg, diminuent de 35%, atteignant en 2007 6 579 kg saisis
- Les saisies d'héroïne dépassent la tonne pour la seconde année consécutive, atteignant 1 036 kg. Les quantités avaient déjà augmenté depuis 2002, mais comme pour tous produits, l'évolution des quantités est moins marquante car plus dépendante de saisies exceptionnelles.

**Tableau 10.1. Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites en France, 2006-2007.**

	2006		2007		Evolution (en %)	
	Nb	Qté	Nb	Qté	Nb	Qté
Cannabis (kg)	68 049	71 762	--	37 282	--	-48%
résine	57 848	67 892	--	34 183	--	-50%
herbe	10 205	3 774	--	3 048	--	-19%
Héroïne (kg)	3 212	1 052	--	1 036	--	-1%
Cocaïne (kg)	3 135	10 166	--	6 579	--	-35%
Crack (kg)	442	9	--	7	--	-23%
Amphétamines (kg)		78	--	307	--	294%
Ecstasy (doses)	924	1 488 919	--	1 359 912	--	-9%
Champignons hall. (kg)	120	15	--	23	--	53%
<b>Total</b>	<b>78 287</b>	<b>--</b>	<b>94 431</b>	<b>--</b>	<b>20,6%</b>	<b>--</b>

Source : FNAIS, OCRTIS 2006.

Origine et destination des principaux produits saisis en France :

L'OCRTIS signale dans sa synthèse :

- Le cannabis est le premier produit stupéfiant faisant l'objet de trafic. La forte baisse des saisies de cannabis (-48%) peut s'expliquer par le choix à d'autres voies d'importations de résine en Europe et le recours à d'autres vecteurs de transports (voiliers, conteneurs, bateaux rapides).
- Les saisies de cocaïne sont prépondérantes sur les vecteurs aériens et maritimes, Importée des pays voisins des pays producteurs de coca, ou acheminée indirectement en France via l'Espagne, le Portugal et les Pays-Bas, la cocaïne saisie en France, est destinée aux marchés des pays européens voisins.
- La hausse des saisies d'héroïne s'explique par l'augmentation des saisies en transit. Seuls 34% du total saisi était destiné au marché français. La destination finale de l'héroïne saisie en transit est principalement le Royaume Uni (54%), puis l'Espagne (5%) et l'Italie (3%). En provenance d'Afghanistan via la route des Balkans, l'héroïne consommée en France provient en premier lieu des Pays-Bas.
- Après la forte baisse des saisies d'ecstasy de 2005, les saisies se stabilisent. Une part importante des saisies concerne des chargements interceptés en transit à destination du Royaume Uni, de l'Italie, du Portugal et de l'Espagne. T

**Tableau 10.2. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2004-2007.**

	2004		2005		2006		2007	
	Nb <sup>(1)</sup>	Qté <sup>(2)</sup>						
Cannabis (kg) <sup>(3)</sup>	75 770	107 748	73 986	86 603	68 049	71 762	--	37 282
résine	63 701	103 705	62396	83 471	57 848	67 892	--	34 183
herbe	10 205	3 932	10202	3 062	10 205	3 774	--	3 048
pieds	1 492	81	1141	54	--	36	--	37
huile	26	3	15	2	25	2	--	0
graine	346	26	232	14	--	58	--	52
Héroïne (kg)	2 828	558	3 242	749	3 212	1 052	--	1 036
Cocaïne (kg)	3 175	4 484	3 278	5 186	3 135	10 166	--	6 579
Crack (kg)	761	18	687	11	442	9	--	7
Amphetamines (kg)	252	76	317	111	233	78	--	307
Méthamphétamines (kg)	0	0			2		--	0,15
Ecstasy (doses)	2 135	1 893 226	1 620	833 648	924	1 488 919	--	1 359 912
LSD (doses)	101	19 374	99	6 323	78	5 589	--	13 107
Ensemble des produits	85 810		83 932		78 287		94 431	

(1) nombre de saisies effectuées au cours de l'année.

(2) quantités saisies au cours de l'année.

Source : FNAIS, OCRTIS 2006.

### 10.3 Prix, pureté

#### Cannabis

En 2007, le prix moyen de l'herbe de cannabis s'établit comme en 2006 à environ 7 euros le gramme. Il semblerait que les usagers privilégient de plus en plus la qualité du produit et que cette exigence contribue à la légère hausse des prix constatée. Le prix moyen du gramme de résine de cannabis se situe à 6 euros le gramme et serait en légère hausse par rapport aux années précédentes.

La teneur moyenne en THC dans l'herbe de cannabis est de 8% (sommités fleuries) avec une grande variabilité (6% à 22%). L'herbe coupée aux microbilles de verres a été observée dans plusieurs régions. La masse des microbilles représentait 30% de la masse de l'échantillon. Elles s'apparentaient à des microparticules de silice, certaines de ces microbilles (très peu nombreuse) pouvant même avoir un diamètre inférieur à 5 microns.

Le prix moyen du gramme de résine de cannabis se situe, dans la continuité des années précédentes à 5 euros le gramme et peut descendre à 4 voire 3 euros en cas d'achat de quantités importantes. Le prix moyen du gramme d'herbe de cannabis augmente légèrement par rapport aux années précédentes (6,4 euros), les usagers ayant tendance à privilégier de plus en plus des produits de qualité.

La teneur moyenne en THC dans la résine de cannabis est de 11%. Légère tendance à la hausse par rapport à 2006 à confirmer en 2008.

#### Héroïne

D'après les données recueillies dans le cadre du dispositif TREND, le prix moyen du gramme d'héroïne brune de qualité moyenne vendue dans la rue ou destinée à un public

d'usagers évoluant dans l'espace urbain oscillerait entre 50 et 60. Ce prix est en augmentation sensible par rapport aux années précédentes. En 2007, selon l'enquête « observation héroïne » menée par le dispositif SINTES, le prix moyen de l'héroïne sous forme de base est de 42 € le gramme. Cela reste stable depuis 2006.

94% de l'héroïne circulante est sous forme de base (héroïne « brune »).

La teneur moyenne en héroïne dans les poudres consommées par les usagers est 7,6% (de 0 à 60%). La tendance serait à une légère hausse depuis 2003. Le produit de coupe rencontré dans la très grande majorité des poudres d'héroïne est le mélange caféine/paracétamol. La teneur moyenne en caféine est de 21%, celle du paracétamol est de 42%.

### La buprénorphine haut-dosage

En 2007, malgré la mise sur le marché de génériques, la forme, commercialisée sous l'appellation Subutex®, continue d'avoir le quasi-monopole de la présence sur le marché parallèle des grands centre urbains. Le comprimé de 8 mg de Subutex® se négocierait en moyenne autour de 5 euros.

### Cocaïne

En 2007, le prix moyen d'un gramme de cocaïne est de 60 euros. Celui-ci reste stable par rapport aux années précédentes.

La teneur en cocaïne serait comme depuis quelques années, comprise entre 10 et 30%. Les produits de coupe psychoactifs les plus utilisés sont la phénacétine (35%), le diltiazem (30%), caféine (20%), hydroxyzine (17%), lévamisole (12%), lidocaïne (11%) et procaine (5%). A part la lidocaïne, tous ces produits sont de plus en plus fréquemment retrouvés.

### Les amphétamines

Le prix de la forme la plus répandue d'amphétamine, le speed, circulant sous forme de poudre, se situe autour de 15 euros.

### Ecstasy

Le terme générique d'ecstasy recouvre en fait trois manifestations différentes d'un même principe actif : le cachet, la gélule et la poudre.

- En 2007, le cachet d'ecstasy à l'unité se négocie aux alentours de 5 euros. Ce prix est néanmoins trompeur puisque de plus en plus d'usagers ont tendance à acheter les cachets en « gros » ce qui tend à abaisser le coût unitaire à près de deux euros.
- Le prix de la gélule se situe autour de 10 euros.
- La poudre dite « MDMA » atteint les mêmes niveaux que le gramme de cocaïne, à savoir 60 euros.

## **PARTIE B. ECLAIRAGE SPECIFIQUE**

### **11. Sentencing Statistics.**

#### **11.1. Options available in France**

##### *Personal possession or use*

Dans le système pénal français, les infractions d'usage et de détention sont considérées comme des délits passibles d'une peine maximum d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende. A ces deux infractions s'ajoutent les infractions préparatoires à l'usage, dont par exemple la provocation à l'usage ou la présentation de stupéfiants sous un jour favorable, passibles d'une peine maximum de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Si le délit de provocation à l'usage est commis auprès d'un mineur, il peut être puni de 5 ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende.

Si la loi qui s'applique en matière de répression de l'usage est la loi du 31 décembre 1970, la circulaire du Ministère de la Justice du 8 avril 2005 relative à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances préconise une réponse pénale systématique à l'égard de tout acte d'usage de stupéfiants afin de ne pas " banaliser l'acte de consommation "; le texte recommande toutefois aux parquets d'orienter prioritairement les personnes interpellées vers les structures de soins. Les poursuites devant le tribunal correctionnel, et les incarcérations devront ainsi demeurer exceptionnelles. Cette circulaire préconise donc une réponse pénale graduée en fonction de la consommation des usagers : classement sans suite avec rappels à la loi pour les majeurs sans antécédents judiciaires et détenant de " très faibles quantités de stupéfiants " ; classement avec une orientation sanitaire ou sociale pour les " consommateurs occasionnels ou réguliers " de cannabis ; l'injonction thérapeutique " qui implique un suivi médical strict, vise les usagers de drogues dures ou polytoxicomanes " ; les poursuites devant le tribunal correctionnel sont réservées " aux récidivistes ainsi qu'aux usagers refusant de se soumettre aux alternatives ".

Cette circulaire demande également une répression accrue du délit de provocation à l'usage de stupéfiants. Elle vise entre autre les boutiques de chanvre proposant des graines de cannabis, les vêtements arborant des feuilles de cannabis, etc., considérés comme participant à « banaliser » l'usage de stupéfiants.

Ce cadre répressif a été complété par la loi sur la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 (et son décret d'application 2007-1388 du 26 septembre 2007) qui élargit le panel des sanctions pénales en matière d'usage ou d'incitation à l'usage de produits stupéfiants. L'esprit de cette loi est de redonner force à l'interdit entourant l'usage de drogues par des sanctions plus crédibles et des réponses mieux adaptées. Ainsi, la loi développe les injonctions thérapeutiques à tous les stades de la procédure pénale, en les articulant avec la création de médecins relais : autrement dit, l'injonction thérapeutique, auparavant alternative aux poursuites, peut désormais être également une condamnation pénale. Par ailleurs, la loi aggrave les peines pour les infractions à l'égard des mineurs ou dans les écoles, la consommation d'un dépositaire de l'ordre public ou agent de transport dans l'exercice de ses fonctions et pour les violences commises sous l'emprise de stupéfiants ou d'alcool. Elle prévoit également la possibilité pour le procureur d'ordonner en cas d'infraction d'usage un « stage de sensibilisation » aux dangers de l'usage de cannabis et autres drogues illicites. Son objet est de faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits. Basé sur le modèle des stages proposés dans la cadre de la prévention routière, il doit être réalisé dans les 6 mois

suyant la condamnation, aux frais du condamné. Le coût ne peut excéder le montant maximum de l'amende encourue pour les contraventions de 3e classe (450 €).

Enfin, la loi du 5 mars 2007 étend au délit d'usage simple de stupéfiants le recours à la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale. Celle-ci n'était jusqu'alors applicable qu'en matière de sécurité routière. Il s'agit d'une procédure rapide, permettant de confier à un magistrat du Siège, sur demande du Parquet, le pouvoir de décider, sans débat contradictoire, de la sanction à appliquer au mis en cause. Cette procédure permet d'éviter les délais très longs habituellement observés entre l'infraction et le jugement.

**Tableau 11.1. Infractions pénales et sanctions judiciaires encourues au titre de l'usage et de la détention de stupéfiants en France.**

Les délits	Incrimination (peine maximale encourue)	Texte de référence
- Usage illicite de stupéfiants	1 an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende	Code de la santé publique L.3421-1
- Usage de stupéfiants constaté dans un lieu ouvert au public ou utilisé par le public (hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle)	Fermeture administrative ou judiciaire + confiscation du produit de l'infraction	Code de la santé publique L.3421-3, L.3422-1 Code de procédure pénale, art.706-33 Code pénal, art. 222- 49
- Provocation à l'usage de stupéfiants ou présentation de ces infractions sous un jour favorable - Provocation à une infraction à la législation sur les stupéfiants	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code de la santé publique, L.3421-4
- Offre ou cession à une personne en vue de sa consommation personnelle	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 222- 39 1 <sup>er</sup> alinéa
- Offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration	10 ans d'emprisonnement	Code pénal, art. 222- 39 2 <sup>e</sup> alinéa
- Provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	5 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	Code pénal, art. 227- 18 1 <sup>er</sup> alinéa
- <i>Circonstance aggravante</i> : mineur de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci	7 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Code pénal, art. 227- 18 2 <sup>e</sup> alinéa

N.B. : La simple tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines (art.222-40 du code pénal).

### Production, dealing or trafficking

En ce qui concerne la répression du trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes en France, par rapport aux autres pays de l'Union européenne. Le cadre législatif en vigueur, fondé sur la loi du 31 décembre 1970 et complété par de nombreuses circulaires d'application du Ministère de la Justice, instaure des sanctions qui se veulent exemplaires : elle autorise par exemple le recours à des procédures d'exception pour confondre les trafiquants présumés (prolongation de la garde à vue à 4 jours, autorisation des perquisitions

de nuit). De plus, depuis la fin des années 1990, une vingtaine de lois sont venues renforcer l'arsenal répressif, dans une perspective de lutte contre le trafic local ou international. Ainsi, les peines prévues ont été aggravées : pour certains trafics de stupéfiants, elles peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros. De nouvelles infractions ont été créées, telles que l'offre et la cession pour usage personnel, instituée pour apporter une réponse spécifique aux actes commis par les « usagers-revendeurs », ou le blanchiment, susceptible d'être qualifié en infraction criminelle.

Du point de vue des moyens policiers et judiciaires mis en œuvre pour lutter contre le trafic, l'éventail des instruments disponibles a été élargi : depuis la loi du 17 janvier 1986, les usagers-revendeurs interpellés peuvent être jugés en comparution immédiate, c'est-à-dire sans délai ; les dispositions légales liées à la répression du blanchiment permettent de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue » ; enfin, des innovations ont été introduites dans le code pénal pour faciliter la remontée des filières de trafiquants : la loi du 9 mars 2004 prévoit ainsi une possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » qui, ayant averti les autorités administratives ou judiciaires d'un trafic de stupéfiants, ont contribué à faire cesser l'infraction et éventuellement à identifier les autres coupables. Cette loi a également élargi les particularités procédurales liées à la lutte contre le trafic, en ajoutant à la possibilité de recourir à la garde à vue pendant 4 jours ou aux perquisitions de nuit celle de pratiquer les infiltrations (art. 706-82 du Code de procédure pénale).

Par ailleurs, en matière de trafic de stupéfiants, deux types de circonstances aggravantes sont envisagés, lorsque les faits sont commis dans les locaux de l'administration, ou encore auprès de mineurs ou à proximité des centres d'enseignement ou d'éducation. Ce durcissement des peines, lorsque le trafic implique des mineurs, se retrouve dans la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007, qui prévoit des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende pour « les provocations directes à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur ou commises dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ».

## **Infractions pénales et sanctions encourues au titre du trafic de stupéfiants en France.**

**Tableau 11.2. Liste des délits.**

- Transport, détention, offre cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants - Facilitation de l'usage	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-37 al.1, al.2
- Importation ou exportation illicites de stupéfiants	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-36, 1er alinéa
- Provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	7 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18-1 1er alinéa
- Circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci	10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18-1 2e alinéa
- Non-justification de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une personne se livrant à une activité illicite en	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 321-6

matière de stupéfiants, ou avec plusieurs personnes se livrant à l'usage de stupéfiants		
- Circonstance aggravante : si cette personne est mineure	10 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-39-1, 2e alinéa
- Blanchiment simple d'argent	5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende	Code pénal, art. 324-1
- Blanchiment aggravé commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités liées à une activité professionnelle, ou bien commis en bande organisée	10 ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende	Code pénal, art. 324-2

**Tableau 11.3. Liste des crimes (suite).**

- Production ou fabrication illicites de stupéfiants	20 ans de réclusion criminelle et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-35 1er alinéa
- Circonstance aggravante : si les faits sont commis en bande organisée	Peine de réclusion portée à 30 ans	Code pénal, art. 222-35 2ème alinéa
- Importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	30 ans de réclusion criminelle et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-36 2e alinéa
- Direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants	Réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-34
- Blanchiment de l'argent provenant des crimes cités à l'article susmentionné (222-34, 222-35, 222-36 2e alinéa)	De 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-38 2e alinéa

N.B. : La simple tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines (art.222-40 du code pénal).

### Driving after taking drugs

La loi du 18 juin 1999 (et son décret d'application) ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, dont les modalités d'application ont été précisées dans la loi du 3 février 2003 (et son décret d'application) s'agissant de la constatation de délits de conduite sous l'influence de stupéfiants : tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à 3 ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Les dépistages sont systématiques et obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel ; les contrôles peuvent être ciblés lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants, c'est-à-dire lorsqu'il présente des signes apparents de consommation de stupéfiants (sudation, yeux rouges, propos incohérents, etc.). Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur, soit impliqué dans un accident quelconque de la circulation, soit auteur de certaines infractions au code de la

route, soit à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art. L235-2 du code de la route).

Les tests de dépistage utilisés jusqu'en 2008 étaient exclusivement urinaires, nécessitant une installation spéciale. Depuis août 2008, les opérations policières de dépistage de drogues se font à l'aide de tests salivaires, dont la généralisation, dans le domaine de la sécurité routière, a été prévue par un arrêté du ministère de la Santé<sup>34</sup>, modifiant le code de la route. Les conducteurs contrôlés doivent donner aux forces de l'ordre un échantillon de salive prélevée à l'aide d'un bâtonnet ; mélangé avec une substance chimique, cet échantillon révèle au bout de huit minutes environ si la personne a consommé des stupéfiants (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines ou ecstasy). En cas de dépistage positif, des contrôles sanguins sont pratiqués pour confirmer le résultat. La quantité et le type de stupéfiant détecté font en général partie des critères pris en compte par les autorités judiciaires, qui peuvent prononcer jusqu'à une peine de 4.500 euros d'amende, deux ans de prison et trois ans de suspension de permis.

En ce qui concerne les mineurs, la circulaire du 8 avril 2005 préconise l'orientation vers une structure sanitaire ou sociale plutôt que le classement sans suite avec rappel à la loi qui était utilisé précédemment et qui était jugé pernicieux parce que favorisant un sentiment d'impunité chez les jeunes consommateurs. Cette orientation sanitaire peut être renforcée par la saisie du juge des enfants dans les cas où la consommation paraît révéler une problématique plus complexe ou un degré de dangerosité particulier.

**Tableau 11.4. Infractions pénales et sanctions encourues au titre de la conduite sous l'influence de stupéfiants en France.**

	<b>Incrimination (peine maximale encourue)</b>	<b>Texte de référence</b>
- Délit de conduite sous l'influence de stupéfiants	2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende	Code de la route, art. L 235-1, L 235-2, L 235-3
Circonstances aggravantes :		
- Consommation de stupéfiants en cas d'homicide involontaire	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 221-6-1
- Atteinte involontaire à l'intégrité d'une personne	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-19-1 et 222-20-1

## 11.2. Origines et sources des données.

Actuellement, le système statistique français couvre, de façon exhaustive, toutes les étapes du système judiciaire (depuis l'interpellation jusqu'à l'exécution des peines) mais avec un niveau de détail plus ou moins fin.

*Description des systèmes (Délai de transmission, unité, traitement des infractions multiples, des sanctions multiples, variables...)*

<sup>34</sup> Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n° 2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n° 2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du code de la route (Décrets en Conseil d'Etat) et modifiant le code de la route.

### Interpellations pour ILS : la base OSIRIS (Outil et Système d'Informations Relatives aux Infractions à la Législation sur les Stupéfiants)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans la base OSIRIS (ex FNAILS), centralisée par l'Office central de répression du trafic illicite (Ocrtis (2007)). L'enregistrement est quasi-exhaustif, à l'exception des infractions constatées par les services des douanes n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal (il s'agit la plupart du temps de saisie de petites quantités de stupéfiants qui se concluent par une transaction douanière ; autrement, l'affaire est transmise aux services de police).

OSIRIS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international), aux personnes interpellées (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, nationalité) et aux saisies.

Le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'utilisateur ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » qui est retenue<sup>35</sup>.

Après l'interpellation (*intervention*), les affaires sont traitées par le parquet qui décide de l'opportunité de poursuivre ou non (*prosecution*). Les statistiques afférentes à cette étape, issues de l'exploitation des « cadres du parquet », sont peu détaillées (voir ci-après). Le projet d'informatisation des parquets est très prometteur pour améliorer la connaissance du traitement judiciaire à cette étape.

### Affaires traitées par le parquet : Cadre du parquet

Les cadres des parquets dénombrent les affaires (et non les personnes) traitées chaque année par les parquets des tribunaux de grande instance. Cette statistique renseigne sur le volume d'affaires présentées aux parquets (contraventions de 5e classe, délits et crimes) et les orientations proposées (poursuite, composition pénale, procédures alternatives, classement sans suite).

Au niveau national, ces données ne sont pas détaillées par infraction, ce qui ne permet pas de savoir combien d'affaires de stupéfiants sont traitées à ce stade de la procédure pénale. La perte d'information est considérable lorsque l'on sait que pour 5 000 000 d'affaires traitées par le parquet en France, seules un peu plus de 1 000 000 reçoivent une réponse pénale (les autres sont classées sans suite).

Par ailleurs, parmi ce million d'affaires, environ 600 000 font l'objet de poursuites judiciaires (voir « exploitation du casier judiciaire national ») et 400 000 font l'objet d'une procédure alternative aux poursuites, sans qu'encore une fois on puisse, statistiquement, rattacher ces mesures à une infraction spécifique. Ainsi, les alternatives aux poursuites proposées aux auteurs d'ILS ne sont pas non plus détaillées (ni par type de contentieux, ni par type de mesures). Seule l'injonction thérapeutique apparaît clairement et peut être rattachée aux usagers de stupéfiants (voir 11.2.c).

L'informatisation et la centralisation des données des tribunaux (projet Infocentre), déjà effectives dans certaines régions, permettront à l'avenir d'obtenir le détail par infraction pour l'ensemble des affaires traitées et pour les mesures alternatives.

### Infocentre du ministère de la Justice

Ce projet d'informatisation des données d'activité des parquets est en phase d'expérimentation et devrait être généralisé vers 2009-2010. Les premières données

---

<sup>35</sup> Pour une description plus fine, se reporter à l'annexe (extraite du répertoire des sources statistiques de l'OFDT).

détaillées proviennent de sept juridictions de la région parisienne (qui traitent environ 25 % de l'ensemble des affaires pénales en France). Ces données, non publiées, permettent de connaître l'orientation donnée aux affaires de stupéfiants, détaillées suivant l'infraction (voir 11.3).

#### Condamnations : exploitation du casier judiciaire national

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Cette exploitation du casier judiciaire à des fins statistiques est réalisée par le service statistique du ministère de la Justice. La base de données est alimentée depuis 1984. Les données sont exhaustives et couvre l'ensemble du territoire. Les données du ministère de la Justice détaillent, pour chaque condamnation prononcée par les juges, les différentes infractions sanctionnées, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire le concept d'infraction principale qui est, en principe, la plus grave (il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fourni dans le procès-verbal mais un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). C'est la notion la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

La classification utilisée à ce stade judiciaire repose sur le code NATINF, utilisé pour l'ensemble des infractions prévues au Code pénal. Les statistiques publiées pour les ILS sont classiquement en 6 catégories : usage illicite, détention-acquisition, trafic (importation-exportation), production-emploi-transport, offre-cession, aide à l'usage par autrui et autres infractions (dont blanchiment, non justification de revenus, etc.).

Comme la législation française ne prévoit pas de distinction de peine suivant le produit en cause, les statistiques des condamnations ne mentionnent pas le produit impliqué dans les ILS sanctionnées. Ce détail n'existe qu'au stade policier<sup>36</sup>.

A titre informatif sont également présentées ici les données relatives à l'exécution des peines privatives de liberté.

#### Exécution des peines privatives de liberté : fichier national des détenus et statistiques trimestrielles de la population carcérale

Depuis 1993, la statistique de l'exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l'année, c'est-à-dire le nombre d'entrants et de sortants des établissements pénitentiaires entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année, pour chaque infraction. La différence entre les entrées et les sorties permet également de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée.

---

<sup>36</sup> Pour une description plus fine, se reporter à l'annexe (extraite du répertoire des sources statistiques de l'OFDT).

Une nouvelle version du FND est en cours d'application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l'origine de cette sanction, alors que seule l'infraction principale était retenue auparavant. Cependant, l'état actuel de l'application ne permet pas de repérer le rang et le nombre total d'infractions reprochées. Les données de 2003 sont donc pour l'instant moins intéressantes. Le nombre d'incarcérations pour usage de stupéfiants en infraction principale ou en infraction unique n'est pas encore connu.

Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l'usage, provocation à l'usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l'ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé. Depuis 2003 et l'arrêt de l'exploitation statistique du FND, les données disponibles relatives aux incarcérations pour ILS sont extraites de la statistique trimestrielle de la direction de l'Administration pénitentiaire, qui recense les détenus présents dans les établissements pénitentiaires au 1er de chaque trimestre. Les données par infraction sont peu détaillées. Seule une catégorie globale permet de repérer les personnes détenues pour une ILS en infraction principale.

#### Le cas des délits routiers

En matière de poursuites, condamnations ou incarcérations, le traitement judiciaire des délits routiers liés aux stupéfiants est renseigné par le système statistique décrit précédemment (cadre du parquet ou infocentre, casier judiciaire national, fichier national des détenus). Les catégories sont les mêmes que celles utilisées pour une conduite sous alcoolémie illégale (MIAT et al. (2006)) :

- Conduite en ayant fait usage de stupéfiants
- Refus de vérification
- Violences involontaires (homicides ou blessures) par conducteur ayant fait usage de stupéfiants

Au stade policier, les infractions liées à la conduite sous l'influence de stupéfiants sont renseignées dans une statistique spécifique aux contrôles et infractions au code de la route (Sous-direction de la circulation et de la sécurité routières - Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire).

Depuis 2004, cette publication réunit les statistiques des contrôles réalisés par les services de police et de gendarmerie nationales et celles des infractions (contraventions et délits) au code de la route constatées par ces mêmes services. Ces données parviennent tous les mois au ministère et sont publiées au niveau national.

Les données sont détaillées pour les infractions relatives aux règles de vitesse, à la conduite sans permis, à l'alcoolémie et, depuis 2004, à l'usage de stupéfiants (les données de 2003 étaient partielles).

Pour l'usage de stupéfiants, le nombre de dépistages et de tests positifs est détaillé suivant les circonstances des épreuves de dépistage (accidents mortels, corporels ou matériels, infractions, soupçon d'usage de stupéfiants sans accident ni infraction). Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car, au vu des taux de positivité particulièrement élevés, il est probable que le dépistage et la recherche des résultats ne se fassent pas au hasard mais ciblent les conducteurs les plus susceptibles d'être positifs aux stupéfiants.

Le total annuel des différentes infractions en matière de stupéfiants est également repris : conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme

stupéfiants, conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances et sous l'empire d'un état alcoolique et refus, par le conducteur d'un véhicule, de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

L'ensemble des données relatives aux délits routiers sont examinés et publiés chaque année par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, « la sécurité routière en France ».

### Lien entre les systèmes

Le lien entre les différents systèmes statistiques ne se fait pas du fait des différences en terme de 1/ nomenclature, 2/unité de compte, 3/délai de transmission 4/détail par produit...

### Les différences de nomenclature

La classification au niveau policier emploie des catégories propres à l'OCRTIS qui soit reprend la classification présente sur la procédure policière, soit requalifie l'infraction à la lecture de la procédure papier. Quoi qu'il en soit, cette classification n'est pas celle du Code pénal (utilisée pour les condamnations et incarcérations). Le passage entre le classement de la statistique policière et celui de la statistique du ministère de la Justice n'est pas aisé et la correspondance ne peut se faire que pour les affaires d'usage seul ou l'ensemble des affaires de trafic.

### Les différences d'unité de compte

L'interpellation pour ILS concerne une personne et une seule, même si une personne interpellée à plusieurs reprise une même année sera comptabilisée autant de fois. Cette unité de compte se retrouve au niveau des condamnations (1 personne condamnée par condamnations), même si à ce stade la condamnation peut impliquer plusieurs infractions ou plusieurs sanctions. En revanche, au stage du Parquet, on dénombre des « affaires » qui peuvent réunir plusieurs personnes impliquées.

### Les différences de temporalité et délai de transmission

Non seulement les administrations concernées par chacun des systèmes statistiques ne publient pas les données avec le même délai (il faut compter 1 an pour les statistiques policières et 2 ans pour les statistiques des condamnations), mais de toute façon, la comparaison des données d'une même année aux différents stades du système judiciaire n'a pas de sens car une interpellation réalisée l'année n peut être traitée par le système judiciaire en n+1 ou plus tard encore.

### Les différences de détail par produit

Comme cela a déjà été dit, seules les données policières, qui se basent sur le détail contenu dans les procédures, permet de faire la distinction entre les ILS par produit.

### Mesures judiciaires spécifiques aux ILS : classements sous condition, mesures alternatives aux poursuites et peine complémentaire.

Actuellement, au niveau national, seule l'injonction thérapeutique, longtemps spécifiquement dédiée aux usagers de drogues sous main de justice (et depuis peu ouverte aux usagers d'alcool) peut être distinguée parmi les mesures socio-sanitaire proposées aux usagers de drogues sous main de justice. En 2005, 5 227 injonctions thérapeutiques ont été prononcées en France. Elles concernent toutes des usagers de drogues.

En revanche, la loi française autorise d'autres alternatives aux poursuites pour les auteurs d'une ILS, en particulier les usagers (voir 11.1). Certaines sont à visée sociale ou sanitaire (orientations vers des structures sanitaire ou sociale), d'autres non (rappel à la loi

notamment). On ne connaît pas actuellement le nombre d'usagers de drogue (ou d'affaires d'usage de drogues) orientés vers ces alternatives aux poursuites.

D'une manière générale, on peut dénombrer actuellement le nombre de mesures prononcées (alternatives ou complémentaires aux poursuites) mais il n'est pas possible de les rattacher aux ILS en particulier. L'informatisation des parquets autorisera cette analyse plus fine.

Autre aspect méconnu : l'issue de ces mesures. Pour certaines, des États statistiques récapitulatifs de l'activité des associations chargées du suivi des mesures alternatives aux poursuites permettent de retracer le nombre de mesures reçues, traitées et parfois, le résultat de la mesure (les obligations ont-elles été respectées ?).

### **11.3. Sentencing statistics**

Sont fournis dans cette partie les derniers résultats relatifs aux différents stades du processus pénal, pour chacune des 3 catégories identifiées :

- a. Usage / détention pour usage personnel (*drug use / personal possession*)
- b. Production, vente ou trafic (*production, dealing or trafficking*)
- c. Conduite automobile (*drug driving*)

Néanmoins, la catégorie « détention pour usage personnel » n'existe pas dans le code pénal français et n'apparaît donc pas en dehors de la phase policière. Seules les infractions d'usage de stupéfiants sont repérables au stade des poursuites judiciaires.

Les données provisoires de 2007 ne permettent de distinguer les interpellations pour usage-revente de celles pour trafic. Ainsi, ces deux catégories d'interpellations sont traitées ensemble.

#### *Drug use / personal possession*

##### Interpellations pour usage :

En 2007, 112 923 interpellations pour usage simple de stupéfiants ont été enregistrées par l'Office Central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS). Ces interpellations concernent majoritairement l'usage de cannabis (97 460 interpellations, soit 86.3 % de l'ensemble des interpellations pour usage).

A un niveau plus faible, les interpellations pour usage d'héroïne, au nombre de 6 438 et de cocaïne, 4 043 interpellations, se placent ensuite.

**Tableau 11.5. Interpellations pour usage simple -2007.**

	Usage	% en colonne
Cannabis	97 460	86,3%
Héroïne	6 438	5,7%
Cocaïne	4 043	3,6%
Autres <sup>(2)</sup>	2 969	2,6%
Ecstasy	751	0,7%
Crack	494	0,4%
Médicaments <sup>(1)</sup>	332	0,3%
Amphétamines	294	0,3%
Champignons	142	0,1%
<b>Total</b>	<b>112 923</b>	<b>100%</b>

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, rohypnol®, autres.

(2) Khat, méthamphétamines, LSD, opium, morphine, solvants, autres

Sources : *Les grands traits de l'usage du trafic illicite des produits stupéfiants en France*, Rapport annuel 2007 – Résumé ; OCRTIS - 2008

#### Affaires d'usage traitées par les parquets d'Ile-de-France

Voir tableau 11.6 et 11.7 suivants.

En matière d'usage de stupéfiants, la plupart des affaires traitées par le parquet aboutissent à une alternative aux poursuites (77%). Celles-ci se produisent le plus souvent sous forme d'un rappel à la loi ou d'une mesure d'injonction thérapeutique.

#### Condamnation pour usage

Au nombre de 16 341 condamnations, l'usage de stupéfiants est principalement sanctionné par des peines d'amende (49.3%), et des peines d'emprisonnement (34.2%), dont 32.7% ferme ou avec sursis partiel d'une durée moyenne de 5.9 mois. Les peines plus légères, telles que les peines de substitution (TIG, jour-amende), mesures et sanctions éducatives représentent 15.9% des condamnations pour usage.

Voir tableau 11.9 suivant.

#### Production, dealing or trafficking

##### Interpellations pour trafic et usage-revente

En 2007, 21 397 interpellations pour usage-revente et trafic ont été enregistrées par l'Office Central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), dont 13 154 interpellations pour usage-revente et trafic de cannabis, soit 61.5% de l'ensemble.

La cocaïne et l'héroïne sont les seconde et troisième substances faisant l'objet d'usage-revente et de trafic, respectivement 3 116 et 2 952 interpellations.

**Tableau 11.6 Interpellations pour usage-revente et trafic – 2007.**

	Usage / revente et Trafic	% en colonne
Cannabis	13 154	61,5%
Cocaïne	3 116	14,6%
Héroïne	2 952	13,8%
Ecstasy	388	1,8%
Crack	269	1,3%
Médicaments <sup>(1)</sup>	245	1,1%
Amphétamines	109	0,5%
Champignons	10	0,0%
Autres <sup>(2)</sup>	1 154	5,4%
<b>Total</b>	<b>21 397</b>	<b>100,0%</b>

(1) Subutex®, méthadone, skenan®, rohypnol®, autres.

(2) Khat, méthamphétamines, LSD, opium, morphine, solvants, autres

Sources : Les grands traits de l'usage du trafic illicite des produits stupéfiants en France, Rapport annuel 2007 – Résumé ; OCRTIS - 2008

Affaires d'ILS (hors usage) traitées par les parquets d'Ile-de-France

Le recours à une mesure alternative aux poursuites pour les affaires de trafic de stupéfiants est moins systématique qu'en matière d'usage de stupéfiants. La moitié des affaires de trafic se soldent par une mesure alternative aux poursuites mais un tiers de ces affaires sont transmises aux juges pour appliquer des poursuites pénales. En matière d'alternatives aux poursuites, celles-ci sont plus logiquement des rappels à la loi que des mesures socio-sanitaires destinées en priorité aux « simples » usagers.

**Tableau 11.7. Affaires d'ILS traitées par les parquets d'Ile-de-France en 2005.**

	Drug use offences		Other drug law offence		Total	
Cases treated	11233	100%	10198	100%	21431	100%
Non valid cases	406	4%	552	5%	958	4%
Closed cases without Proceeding	613	5%	555	5%	1168	5%
Proceedings alternatives	8659	77%	5747	56%	14406	67%
Proceeded cases	1555	14%	3344	33%	4899	23%

**Tableau 11.8. Procédures alternatives aux poursuites prononcées pour ILS en 2005 par les parquets d'Ile-de-France.**

	Drug use offences		Other drug law offence		Total	
Warning / law reminder	6153	71%	4659	81%	10812	75%
Therapeutic order	1231	14%	144	3%	1375	10%
Referral order	689	8%	324	6%	1013	7%
Penal agreement	333	4%	101	2%	434	3%
Other	253	3%	519	9%	772	5%
	<b>8659</b>	<b>100%</b>	<b>5747</b>	<b>100%</b>	<b>14406</b>	<b>100%</b>

### Condamnations pour ILS (hors usage)

Les condamnations pour usage-revente et trafic se répartissent essentiellement entre la détention / acquisition de stupéfiants (12 967 condamnations), le commerce, transport, emploi de stupéfiants (7 079 condamnations), et le trafic de stupéfiants (import-export), 1 961 condamnations. La détention-acquisition est sanctionnée majoritairement par des peines d'emprisonnement (78.8%), dont 54.2% ferme ou avec sursis partiel pour une durée moyenne de 10.7 mois et par des peines d'amende (9.9%). Le petit trafic (commerce, transport, emploi de stupéfiants) et le trafic (import-export) sont condamnés plus lourdement. Dans les cas de 'petit trafic', 89.1% des peines prononcées sont des peines d'emprisonnement, dont 59.1% ferme ou avec sursis partiel d'une durée moyenne de 15.1 mois. Les ILS portant sur le trafic (import-export) sont condamnées par des peines d'emprisonnement dans 97.5% des cas, dont 79% ferme ou avec sursis partiel d'une durée moyenne de 26.6 mois.

**Tableau 11.9. Condamnations pour ILS sanctionnées en infraction principale et nature de la peine en 2006.**

Type d'infractions	Nature de la peine	<i>dont</i>				<i>dont</i>					
		Ensemble des condamnations	Toutes peines d'emp.	détention, réclusion, emp. ferme ou sursis partiel	Durée moyenne	Peines d'amende	Peines de substitut°	TIG	Jour-amende	Mesures éducatives	Dispenses de peine
	Nb	Nb	Nb		Nb	Nb	Nb	Nb	Nb		Nb
Total ILS	40225	25427	13205	13,0	9906	3105	1041	1741	1538	225	24
Usage de stupéfiants	16341	5589	1827	5,9	8059	1796	596	916	785	100	12
Détention, acquisition de stupéfiants	12967	10223	5536	10,7	1287	836	288	521	529	83	9
Trafic de stupéfiants, import, export	1961	1911	1509	26,6	21	25	6	19	3	1	0
Commerce, transport, emploi de stupéfiants	7079	6309	3731	15,1	361	269	73	186	115	23	2
Offre et cession de stupéfiants	1728	1296	553	8,2	150	167	73	93	98	16	1
Aide à l'usage de stupéfiants	40	32	16	3,8	4	1	0	1	3	0	0
Autres infractions relatives aux stupéfiants	109	67	33	30,7	24	11	5	5	5	2	0

## Drug driving

### Interpellations:

En 2006, 20 902 dépistages ont été réalisés par les forces de police, donnant lieu à 6 552 délits liés à l'usage de stupéfiants.

### Condamnations:

En 2006, 5 207 condamnations pour infractions de conduite liées à l'usage de stupéfiants ont été enregistrées. Les infractions de conduite liées à l'usage de stupéfiants se répartissent suivant 4 types d'infractions :

- 4 021 infractions pour conduite d'un véhicule en ayant fait usage de stupéfiants
- 934 infractions pour conduite d'un véhicule en ayant fait usage de stupéfiants et en état alcoolique
- 201 infractions pour blessures et homicides involontaires par conducteurs ayant fait usage de stupéfiants
- 51 infractions pour refus de conducteur ayant fait usage de stupéfiants de se soumettre aux analyses ou examens, lors de blessures ou homicides involontaires.

Ces infractions sont sanctionnées majoritairement par des peines d'emprisonnement (49%) et des peines d'amende (34.5%).

Le conducteur, ayant fait usage de stupéfiants, peut être condamné à une peine d'emprisonnement (42.5% des peines prononcées en 2006, dont 9.7% sont fermes ou assorties d'un sursis partiel), à une peine d'amende (34.5% en 2006), ou à une peine de substitution (travail d'intérêt général, jour-amende), qui représente en 2006 15.8% des peines prononcées. Si la conduite d'un véhicule en ayant fait usage de stupéfiants s'accompagne d'un état alcoolique, le conducteur s'expose à une peine plus lourde : majoritairement des peines d'emprisonnement, 68.8% des peines en 2006, dont 11.2% fermes ou assorties d'un sursis partiel.

Les blessures ou homicides involontaires commis par un conducteur ayant fait usage de stupéfiants sont sanctionnés à 87.6% par des peines d'emprisonnement, dont 27.8% fermes ou assorties d'un sursis partiel.

La nature de la peine s'élève suivant la gravité des blessures commises, la durée moyenne d'emprisonnement est de 9 mois, en cas de condamnations pour homicides involontaires par un conducteur sous l'empire de stupéfiants.

**Tableau 11.10. Condamnations 2006 pour infraction de conduite liée à l'usage de stupéfiants sanctionnée en tant qu'infraction principale.**

Nature de la peine		<i>dont</i>				<i>dont</i>				
Type d'infractions	Ens. des condamn	Toutes peines d'emp.	détention, réclusion, emp. ferme ou sursis partiel	Peines d'amende	Peines de substitution	TIG	Jour- amende	Mesures éducatives	Dispenses de peine	
	Nb	Nb	Nb	<i>Durée moyenne</i>	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb
Total des infractions par conducteur ayant fait usage de stupéfiants	5207	2556	306	4,2	1795	823	105	191	16	17
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stup.	4021	1708	165	3,0	1613	676	86	145	11	13
Conduite d'un vl en ayant fait usage de stup. + état alcoolique	934	643	85	3,6	162	124	16	41	4	1
Blessures ou homicide invol. par conduct. ayant fait usage de stup.	201	176	49	9,0	11	11	2	3	1	2
Blessures ou homicide invol. par conduct. ayant fait usage de stup. <i>Refus par le conduc. d'un vl de se soumettre aux analyses ou examens</i>	51	29	7	4,7	9	12	1	2	0	1

Pour en savoir plus :

Consulter Annuaire statistique de la justice - Edition 2007 -

<http://www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10054&ssrubrique=10304&article=13743>

## PARTIE C: BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

### 12. Bibliographie

- Amosse, T., Doussin, A., Firdion, J.-M., Marpsat, M. and Rochereau, T. (2001). Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998. CREDES, Paris.
- Arditi, J. and Al, E. (2006). DRAMES, nouvel outil pour connaître les causes des décès chez les toxicomanes : bilan de cinq études. Le Courrier des addictions 8 (1) 29-31.
- Barré, M. (2008). La répression de l'usage de produits illicites. État des lieux. CESDIP, Etudes et Données Pénales n°108, 80 p., 80 p.
- Batel, P., *et al.* (2001). Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage. Résultats préliminaires après six mois de suivi. ANISSE, Paris.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. and Giraudon, I. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - 5ème rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., Giraudon, I. and Bonnet, N. (2003). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND. OFDT, Paris.
- Bilal, S., Menares, J., De La Selle, P., Toufik, A. and Perdrieux, Y. (2003). Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale, une étude en médecine de ville. Annales de Médecine Interne 154 (Hors série II) 2S6-2S14.
- Bouhnik, P., Touze, S. and Vallette-Viallard, C. (2002). Sous le signe du Matos : contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs. OFDT, Paris, 200 p.
- Cadet-Tairou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. and Evrard, I. (2007). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cagliero, S. and Lagrange, H. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. OFDT, Saint-Denis, 93 p.
- Calderon, C., Soletti, J., Gaigi, H., Guichard, A. and Lert, F. (2001). Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. AIDES, Paris, 75 p.
- Centre D'évaluation Et D'information Sur La Phamacodépendance (Ceip) De Marseille (2006). OPPIDUM, résultats de l'enquête 17 (octobre 2005). AFSSAPS, Saint-Denis, 13. [http://afssaps.sante.fr/htm/10/pharma/enquete\\_oppidum\\_2005.pdf](http://afssaps.sante.fr/htm/10/pharma/enquete_oppidum_2005.pdf).
- 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, 112 p.
- Costes, J.M. (2007). Cannabis, données essentielles. OFDT, Saint Denis, 231.
- Da Silva, L. and Evangelista, L. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. OFDT, Saint-Denis, 149 p.
- Dabit, D. and Ducrot, S. (1999). Alcool et sans abris : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne. Alcoologie 21 (3) 439-446.
- Declerck, P. and Henry, P. (1996). Pathologie de la rue. La revue du Praticien 46 1844-1848.
- Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P. and Madec, L. (2000). Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultat de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville). Revue d'épidémiologie et de santé publique 48 363-373.

- Escots, S. and Fahet, G. (2003). Usages non substitutif de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France, en 2002-2003. ORSMIP/OFDT, Saint Denis.
- Facy, F. (1999). Toxicomanes et prescription de méthadone. EDK, Paris.
- Fhima, A., Henrion, R., Lowenstein, W. and Charpak, Y. (2001). Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage, Résultats de l'étude SPESUB. Annales de Médecine Interne 152 (Suppl. au n°3) 1S26-21S36.
- Fontaine, A. (2006). Double vie : les drogues et le travail. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.
- Henrion, R. (1995). Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Documentation française, Paris.
- Jacob, E., Joubert, M. and 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, 262 p.
- Jamouille, P. (2001). Limitation des dommages liés aux drogues et accès aux dispositifs socio-sanitaires. In: JOUBERT, M., CHAUVIN, P., FACY, F. & RINGA, V. (Eds.) Précarisation, risque et santé. INSERM, Paris.
- Jauffret-Roustide, M. and Al, E. (2006). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH 33 244-247.
- Justice, M.D.L. (2007). Annuaire statistique de la justice. Edition 2007. La Documentation française, Paris, 327 p.
- Kovess, V. and Mangin Lazarus, C. (1997). La santé mentale des sans abris à Paris : résultat d'une enquête épidémiologique. La revue française de psychiatrie et de psychologie mentale 9 17-23.
- La Rosa, E. (1998). Santé, précarité et exclusion. PUF, Paris.
- Lavignasse, P., *et al.* (2002). Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results. Annales de Médecine Interne 153 (Suppl 3) 1S20-21S26.
- Legleye, S., Spilka, S., Le Nézet, O., Beck, F. and Godeau, E. (2008). Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Tendances 59 4 p.
- Levasseur, L., Marzo, J.-N., Ross, N. and Blatier, C. (2002). Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire. Annales de Médecine Interne 153 (Suppl 3) 1S14-11S19.
- Miat, Dlpaj and Onisr (2006). Bilan du comportement des usagers de la route Année 2006. Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire, Direction des Libertés Publiques et des Affaires Juridiques, ONISR, Paris, 77 p.
- Mouquet, M.-C. and Al, E. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque. DRESS Etudes et Résultats 4 (10).
- Obradovic, I. and Canarelli, T. (2008). Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. OFDT, Saint-Denis, 80 p.
- Observatoire Du Samu Social De Paris (1999). Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes. OSS, Paris.
- Ocrtis (2007). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006. Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, Paris, 122 p.
- Ocrtis (2008). Les grands traits de l'usage et du trafic illicite des produits stupéfiants en France. Rapport annuel 2007 - résumé. DCPJ SDLCODF OCRTIS, Nanterre, 18 p.
- Ofdt (2005). Drogues et dépendances, données essentielles. La Découverte, Paris, 202 p.
- Office Central Pour La Répression Du Trafic Illicite Des Stupéfiants (Ocrtis) (2005). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004. OCRTIS, Nanterre.
- Reynaud-Maurupt, C. (2006). Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. OFDT, St Denis, 160 p., <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxcrmc.html>.

- Reynaud-Maurupt, C., *et al.* (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". OFDT, St Denis, 143 p., <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxcrn9.html>.
- Reynaud, J., Reynaud-Maurupt, C. and Mucchielli, A. (1997). L'impact du réseau Option Vie sur la réinsertion sociale des usagers de drogue : l'exemple d'un travail niçois. In: DECROUY, G. (Ed.) L'exclusion sociale dans les Alpes-Maritimes. VIH, drogue, délinquance, précarité : enquête sur le terrain. L'harmattan
- Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA/ M. Rotily. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice, Paris.
- Rotily, M., Delorme, C., Galinier, A., Escaffre, N. and Moatti, J. (2000). HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users. Presse Med 29 (28) 1549-1556.
- Sansfacon, D., Bachelard, O., Lopez, D. and Valade, C. (2005). Drogues et dommages sociaux. Etat des lieux. OFDT, Saint-Denis.
- Solal, J.-F. and Schneider, M.-C. (1996). Toxicomanies et exclusion sociale. La revue du Praticien 46 1854-1860.
- Stankoff, S. and Dherot, J. (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris.
- Tellier, S. (2001). Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999. DRESS, Paris, 47 p.
- Warsmann, J.-L. (2004). 44 propositions pour améliorer la lutte contre la drogue. Ministère de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, Paris.
- Wieviorka, S. (2003). Comorbidités. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - France, drug situation 2002. OFDT, Paris.

### 13. Liste des tableaux.

Tableau 1.1. Crédits spécifiques liés aux actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie votés en loi de finances et exécutés, 2006-2007.....	10
Tableau 2.1. Expérimentations de tabac, d'alcool, de cannabis suivant le sexe et l'âge (%).15	
Tableau 2.2. Niveaux d'usages à 15 ans au cours des 12 derniers mois de produits illicites ou détournés (%). ....	16
Tableau 4.1. Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues (définition OEDT) en France, 2006. ....	27
Tableau 4.2. Produits déclarés consommés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2006, N=3329 .....	33
Tableau 6.1. Décès par surdose en France selon les trois sources disponibles. ....	44
Tableau 6.2. Causes des décès par surdose en France, DRAMES 2006. ....	44
Tableau 6.3. Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2007 par mode de contamination (France, données au 30/06/07). ....	45
Tableau 6.4. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2007. ....	45
Tableau 6.5. Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge. ....	46
Tableau 6.6. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.....	46
Tableau 6.7. Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge. ....	47
Tableau 6.8. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.....	47
Tableau 6.9. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH et le VHC dans les structures de première ligne.....	48
Tableau 7.1. Pratique des tests de dépistage de l'hépatite C par les usagers fréquentant les structures de première ligne Prelud 2006. ....	50
Tableau 7.2. Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne, 2006.....	51
Tableau 8.1. Interpellations pour ILS par produit, 2007 .....	56
Tableau 8.4. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2006. ....	60
Tableau 10.1. Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites en France, 2006-2007. ....	71
Tableau 10.2. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2004-2007. ....	72
Tableau 11.1. Infractions pénales et sanctions judiciaires encourues au titre de l'usage et de la détention de stupéfiants en France. ....	75
Tableau 11.2. Liste des délits.....	76
Tableau 11.3. Liste des crimes (suite). ....	77
Tableau 11.4. Infractions pénales et sanctions encourues au titre de la conduite sous l'influence de stupéfiants en France.....	78
Tableau 11.5. Interpellations pour usage simple -2007. ....	84
Tableau 11.6 Interpellations pour usage-revente et trafic – 2007. ....	85
Tableau 11.7. Affaires d'ILS traitées par les parquets d'Ile-de-France en 2005. ....	85
Tableau 11.8. Procédures alternatives aux poursuites prononcées pour ILS en 2005 par les parquets d'Ile-de-France. ....	85
Tableau 11.9. Condamnations pour ILS sanctionnées en infraction principale et nature de la peine en 2006. ....	87
Tableau 11.10. Condamnations 2006 pour infraction de conduite liée à l'usage de stupéfiants sanctionnée en tant qu'infraction principale. ....	89

## 14. Liste des figures.

Graphique 5.1. Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®) et méthadone – 1995-2006.....	39
Graphique 8.1. Interpellations pour ILS depuis 1996.....	56
Graphique 8.2. Condamnations pour ILS prononcées en France.....	58

## 15. Liste des sigles et abréviations

---

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ASSEDIC	Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BEP	Brevet d'étude professionnelle
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CAMPS	Centre d'actions médico-sociale précoce
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs justice-santé
CEIP	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEL	Contrats éducatifs locaux
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation à la santé (maintenant INPES)
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIFAD	Centre interministériel de formation à la lutte anti-drogues
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)

ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
IC	Intervalle de confiance
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ancien CFES)
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IT	Injonction thérapeutique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAP	Juge d'application des peines
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JO	Journal officiel
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M€	Million(s) d'euros
MILAD	Mission interministérielle de lutte antidrogue (ministère de l'Intérieur)
MILC	Mission interministérielle de lutte contre le cancer
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
OR	Odd ratio (risque relatif ; rapport de cote)
PA	personne année
PAEJ	Points d'accueil et d'écoute jeunes
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programmes régionaux de santé
PRSP	Programmes régionaux de santé publique
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAM	Enquête "stupéfiants et accidents mortel de la circulation routière" (DGS/OFDT/INRETS)
SFA	Société française d'alcoologie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TDI	Indicateur de demande de traitement [Treatment demand indicator]
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDC	Unité de coordination maternité et situations à risques
UDVI	usage(ers) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B

