



**2007 NATIONAL REPORT (2006 data) TO THE EMCDDA
by the Reitox National Focal Point**

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

FRENCH VERSION

REITOX

Contributions au rapport.

Sous la direction de Jean-Michel COSTES (jean-michel.costes@ofdt.fr).

Rédaction des chapitres:

Section 1: J.-E. Adès, E. Janssen.

Section 2: A. Cadet-Taïrou, S. Legleye, O. Le Nezet, S. Spilka.

Section 3: C. Mutatayi, E. Janssen.

Section 4: A. Cadet-Taïrou, L. Vaissade.

Section 5: C. Palle, A. Cadet-Taïrou, L. Vaissade

Section 6: C. Palle, A. Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli, E. Janssen, L. Vaissade.

Section 7: A. Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli, E. Janssen

Section 8: I. C. Chiltz

Section 9: E. Janssen

Section 10: A. Cadet-Taïrou, I. Evrard, A. Toufik, M. Gandilhon, C. Chiltz.

Relecture:

J. M. Costes, H. Martineau, Marie Jardin, Isabelle Michot.

Les membres du Conseil Scientifique de l'OFDT.

Eclairages spécifiques.

Dépenses publiques: C. Ben Lakhdar (chben@ofdt.fr)

Groupes de jeunes gens vulnérables: I. Obradovic (ivobr@ofdt.fr), S. Spilka (stspi@ofdt.fr), O. Le Nezet (ollen@ofdt.fr), S. Legleye (stleg@ofdt.fr), F. Beck (francois.beck@inpes.sante.fr), A. Cadet-Taïrou (agcad@ofdt.fr), L. Vaissade (lavai@ofdt.fr).

Etat des recherches sur les drogues: Dominique Vuillaume (Dominique.VUILLAUME@mildt.premier-ministre.gouv.fr)

SOMMAIRE.

SOMMAIRE.....	III
RESUME.....	V
PARTIE A: NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES.....	1
1. POLITIQUE NATIONALE ET CONTEXTE	1
1.1 Cadre légal	2
1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques	3
1.3 Budget et dépenses publiques.....	4
1.4 Contexte social et culturel	5
2. USAGES DE DROGUES	8
2.1 Usages de drogues en population générale.....	10
2.2 Usages de drogues parmi les jeunes et la population scolarisée.....	10
2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques	10
2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers	13
3. PREVENTION.....	14
3.1 Prévention universelle	17
3.2 Prévention sélective	19
4. USAGE PROBLEMATIQUE.....	21
4.1 Prévalence et incidence estimées	22
4.2 Profil des personnes en traitement	22
5. TRAITEMENTS	32
5.1 Dispositif.....	34
5.2 « Drug free treatment »	34
5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)	34
6. CONSEQUENCES SANITAIRES.....	41
6.1 Mortalité liée à l'usage des drogues	43
6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	46
6.3 Co-morbidités psychiatriques.....	50
6.4 Autres co-morbidités liées à l'usage de drogues.....	50
7. REPONSES AUX PROBLEMES SANITAIRES	51
7.1 Prévention de la mortalité liée à l'usage de drogues	52
7.2 Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage.....	52
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. CONSEQUENCES SOCIALES.....	54
8.1 Exclusion sociale.....	56
8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues	56
8.3 Usage en prison	62
8.4 Coût social.....	63
9. REPONSES AUX PROBLEMES SOCIAUX	64
9.1 Intégration sociale	66
9.2 Prévention des délits et de la criminalité liés à l'usage de drogues.....	66
10. MARCHÉ ET OFFRE	68
10.1 Disponibilité et approvisionnement.....	70
10.2 Saisies	72
10.3 Prix, pureté	73
PARTIE B: ECLAIRAGES SPECIFIQUES.....	75
11. LES DEPENSES PUBLIQUES ATTRIBUABLES AUX DROGUES ILLICITES EN FRANCE.....	75
12. VULNERABLE GROUPS OF YOUNG PEOPLE.....	86

13. ÉTAT DE LA RECHERCHE SUR LES DROGUES EN FRANCE.....	116
PARTIE C: BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES.....	130
14. BIBLIOGRAPHIE.....	130
15. ANNEXES.....	137
15.1. Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés complétant les différentes sections du rapport.....	137
15.2. Liste des tableaux.....	138
15.3. Listes des graphiques.....	140
15.3. Listes des graphiques.....	140
15.4. Liste des sigles.....	141
15.4. Liste des sigles.....	141

RESUME

L'année 2006 a été marquée, en France, par l'adoption d'un Plan Addiction par la Direction Générale de la Santé (DGS) et Direction des Hôpitaux et d'Organisation des Soins (DHOS). Six grands axes portant sur la prise en charge sanitaire des usagers de drogues ont été énoncés pour la période 2007-2011 (partie 1). Le précédent gouvernement a aussi adopté la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, dont l'un des points clés concerne tout particulièrement les usages de drogues¹. La circulaire officialisant la création des communautés thérapeutiques a été quant à elle publiée en octobre 2006. Le 29 août 2007, un nouveau président a été nommé à la tête de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

Les enquêtes en population générale n'ont pas fait l'objet de publications de nouveaux résultats. La fin 2006 et le premier semestre 2007 ont été consacrés à l'exploitation régionale des données existantes (ESCAPAD 2005) ; la passation d'ESPAD 2007 dont l'analyse des données est en cours; et la préparation d'ESCAPAD 2008. Le CAST (*CAnnabis Screening Test*) a fait l'objet d'une évaluation psychométrique, dont les résultats sont attendus courant 2008. Une présentation est faite de l'enquête Quanti-festif en milieu techno, réalisée par C. Reynaud-Maurupt et financée par l'OFDT (voir la partie 2 "populations spécifiques").

Mi 2007 paraît "Cannabis Données Essentielles", première monographie complète exclusivement centrée sur la première substance illicite consommée en France. Outre les niveaux d'usage, sont abordés des thèmes aussi divers que les usages réguliers et problématiques, les niveaux de concentration de THC, une estimation du marché (clients, revendeurs, chiffre d'affaire) ainsi que les perceptions et les réponses publiques. Le rapport est téléchargeable au lien suivant:

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

Au niveau de la prévention, le dispositif ReLION a fourni ses premiers résultats (partie 3). L'analyse des données RECAP, concernant les demandes de traitement, a fourni ses premiers résultats en 2006. Ils ont été réactualisés au cours du second trimestre 2007. Ces données complètent l'information des structures bas seuil (partie 4).

La Buprénorphine Haut Dosage couvre 80% de l'ensemble des traitements de substitution prescrits en France. Ce médicament fait l'objet de mésusage, dont une estimation est présentée (partie 5). Au-delà de l'aspect quantitatif, on notera l'apparition d'un nouveau type de trafic, mieux organisé et tourné vers les pays du nord et de l'est de l'Europe.

Pour la première fois, l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) n'a pas publié d'information détaillée sur les décès par surdose recensés en 2006. Les données DRAMES n'ont quant à elles pas été publiées du tout. *A contrario*, le CépiDc-INSERM a actualisé ses données, fiables mais seulement disponibles jusqu'en 2005. Une comparaison des trois sources d'information est présentée (partie 6), débouchant sur un double constat: l'existence d'un sous-enregistrement des surdoses par l'OCRTIS et DRAMES; la persistance d'un nombre plus réduit de décès par surdoses en France que dans d'autres pays voisins. Les comorbidités liées aux usages de drogues bénéficient là encore de plusieurs sources d'information: sont présentés des résultats de l'enquête Coquelicot; de l'enquête PRELUD et des données RECAP.

¹ http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/mise_en_page_5_web.pdf

Les condamnations pour infractions à la législation des stupéfiants (ILS) poursuivent leur tendance à la hausse d'après les données du ministère de la Justice, avec un nombre accru de condamnations prononcées à l'encontre des usages et consommations en 2005 (partie 8). Plus en amont, les données répressives de l'OCRTIS font apparaître une légère réduction du nombre d'interpellations pour usages et trafics de stupéfiants en 2006. Le cannabis est de loin la substance la plus souvent incriminée.

En terme de prévention des délits liés aux usages de drogues, la seule nouveauté reste l'annonce de futurs tests salivaires qui devraient être appliqués aux automobilistes. Des essais sont en cours (partie 9).

Les saisies de substances psychoactives illicites en 2006 ont été globalement inférieures à celles enregistrées les années précédentes. Cette réduction dissimule des disparités: réduction des saisies de cannabis et de crack; augmentation des saisies de cocaïne et d'héroïne. Le prix de détail de la cocaïne a cependant poursuivi sa baisse pour atteindre en 2006 un prix historiquement bas (partie 10).

Résumé des *Selected Issues*.

Public expenditures

L'usage des drogues a un coût qui dépasse la seule prise en charge sanitaire des usagers. Ce *selected issue* propose une quantification des dépenses publiques engagées par l'ensemble des administrations françaises: santé bien sûr, ainsi que justice, intérieur, éducation et défense nationale, etc. ([lien direct vers l'article](#)).

Vulnerable groups of young people

Ce *selected issue* décline la problématique de la vulnérabilité selon trois dimensions majeures: selon le point de vue des enquêtes en population générale (sur-risques d'usages); depuis la perspective d'usagers confrontés à une précarité psycho-sociale; et enfin à partir des prises en charge des usagers ([lien direct vers l'article](#)).

Drug-related research in Europe

Proposition d'une synthèse de l'état des recherches sur les drogues menées en France, tant sur les sujets traités que l'organisation de la recherche et les différentes équipes investies. Sont aussi indiqués les points forts ainsi que les faiblesses structurelles, avec en particulier la persistance d'une dualité entre l'apport sciences neuro-cognitives, secteur de pointe, et la fragmentation des apports des sciences humaines ([lien direct vers l'article](#)).

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)².

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.

L'ancien président de la MILDT, Didier Jayle, nommé en octobre 2002, a été à l'origine du plan quinquennal d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), adopté en juillet 2004 (Inpes et al. 2006; Ofdt 2004).

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

Contexte social et culturel : La grande majorité de la population adhère aux mesures existantes de la politique de réduction des risques (traitement par produits de substitution, distribution libre de seringues) et reste globalement attachée aux mesures prohibitives à l'égard des stupéfiants (contre l'autorisation sous certaines conditions de l'usage de cannabis ou de l'usage d'héroïne, opposée à la mise en vente libre de cannabis (Beck, F. et al. 2003c). Lorsque l'usage des drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous

² 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.

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).

1.1 Cadre légal

Modification de la liste des produits classés comme stupéfiants

L'arbuste iboga (*Tabernanthe Iboga*), plante hallucinogène utilisée au cours de rites initiatiques et religieux en Afrique de l'Ouest, ainsi que l'un de ses composants, l'ibogaïne et certains produits dérivés, ont été classés comme stupéfiants par un arrêté du ministère de la Santé publié au Journal officiel du 25 mars, "en raison de leurs propriétés hallucinogènes et de leur grande toxicité". L'Agence Française de Sécurité Sanitaire (AFSSAPS) avait ouvert une enquête après le décès en France d'un homme ayant consommé une infusion d'iboga, en 2005.

Référentiel des actions de réduction des risques

La circulaire N°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006 du Ministère de la santé et des solidarités (NOR SANP0630016C) officialisait la création des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), regroupant des structures bas seuil et transférant leur financement à l'assurance maladie. Le 23 novembre était publiée la circulaire DGS/SD6B/DGAS/DSS/2006/493 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CAARUD, CT – Communautés Thérapeutiques, CSST, CCAA etc.).

Le 14 mai 2007 a été publié le décret n° 2007-877 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, NOR: SANP0721630D)³. Ce décret prévoit la réunion des CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) et CCAA (Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie) sous une même dénomination d'addictologie et une prise en charge commune de tout type de patient. En théorie, CSST et CCAA sont tenus d'accueillir toute personne présentant une addiction à une substance psychoactive. En pratique, on peut s'attendre néanmoins à la persistance d'une dualité dans la spécialisation et le traitement.

Renforcement de la coopération pour lutter contre le trafic de stupéfiants

Un communiqué du Ministère de l'économie, des finances et du budget du 21 mars 2007 concernant le blanchiment stipule que "*la France se conforme strictement aux recommandations du Groupe d'action financière internationale (GAFI) sur le blanchiment des capitaux. Elle a ainsi achevé en 2006 la transposition de la deuxième directive anti-blanchiment de l'Union européenne (...) La troisième directive anti-blanchiment, qui doit être transposée pour le 15 décembre 2007, rénove le dispositif antérieur. Elle étend notamment sa portée en soumettant à la déclaration de soupçon toute transaction liée à une infraction passible d'une peine d'emprisonnement supérieure à un an. Elle permet aux professionnels d'adapter leurs procédures à partir d'une évaluation des risques*"⁴.

³ <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANP0721630D>

⁴

http://www.elysee.fr/elysee/elysee.fr/francais_archives/salle_de_presse/communiqués_du_conseil_des_ministres/2007/mars/communiqué_du_conseil_des_ministres_du_21_03_2007.74515.html

1.2 Cadre institutionnel, stratégies et politiques

Plan Addiction

La Direction Générale de la Santé (DGS) a publié en novembre un Plan intitulé "Prise en charge des addictions 2007-2011" qui énonce six grandes priorités: améliorer la prise en charge des addictions dans les établissements de santé; améliorer la prise en charge dans les établissements médico-sociaux ; améliorer l'offre de soins en ville et leur articulation avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux ; développer la prévention ; améliorer la formation et améliorer la recherche en addictologie au sein des pôles hospitaliers. Un budget de 77 millions d'euros sera alloué annuellement durant ces cinq années.

Communautés thérapeutiques.

La circulaire DGS/MILDT/SB6B/2006/462 du 24 octobre 2006 (NOR SANP0630464C) relative à la mise en place des communautés thérapeutiques faisant suite au Plan gouvernemental contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), stipule les modalités de création et d'autorisation de ces communautés thérapeutiques en vue de diversifier l'offre de soin. Ces communautés se définissent comme des "*structures qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un but d'abstinence [ce qui les différencie des structures bas seuil], avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale*".

Les communautés thérapeutiques sont des établissements dits expérimentaux, qui devraient à terme (au bout de trois ans et après évaluation) être classés comme établissement médico-sociaux. A contrario des CSAPA, ils proposent un hébergement long (jusqu'à 2 ans) et une prise en charge thérapeutique incluant l'influence des pairs.

Circulaire du Ministère de l'intérieur du 4 décembre 2006

Une circulaire relative à la prévention de la délinquance, des contrats locaux de sécurité (CLS) de nouvelle génération (NOR TNTK0600110C), vise à rénover les CLSPD (contrats locaux de sécurité prévention de la délinquance, sous tutelle du maire) adoptés en 2002. Elle s'appuie sur la circulaire du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement du 24 mai 2006. La politique de prévention doit mettre l'accent sur des réponses individualisées à apporter à toute personne ou famille en difficulté.

Les CLS ont été créés par des circulaires interministérielles du 27 octobre 1997 et du 7 juin 1999. La circulaire du 4 décembre 2006 établit un constat critique du fonctionnement des CLS, dont les moyens de fonctionnements et les objectifs ont été fixés de manière "irréaliste" et demande une réévaluation des besoins. Les trois objectifs principaux restent généraux, mais il est à noter que la circulaire stipule l'application d'enquêtes dite de victimation, lesquelles incluent un module portant sur les perceptions des usages et trafics de drogues.

Loi du 5 mars 2007

Le décret d'application n°2007-1388 de la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 a été publié le 26 septembre 2007. Cette loi élargit le panel des sanctions pénales en matière d'usage ou d'incitation à l'usage de produits stupéfiants, par l'introduction d'un dispositif de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de cannabis et autres drogues illicites. Ces stages, proposés par le procureur de la république, sont à la charge du

condamné, et ont pour objectif une prise de conscience des risques liés à l'usage des drogues sur le plan sanitaire ainsi que les implications pénales et sociales de cette conduite ; la réduction de la consommation ; réduire les usages problématiques. Le public visé par ces stages pédagogiques est essentiellement l'usager peu ou pas encore dépendant échappant au dispositif d'obligations de soins.

Changement à la MILDT

En date du 28 août 2007, le Conseil des ministres a entériné la nomination de Etienne Apaire, ancien juge d'instruction, à la tête de la MILDT en lieu et place du Dr. Didier Jayle. Le nouveau directeur a manifesté sa volonté de faire appliquer la loi du 5 mars, écartant une révision de la Loi de décembre 1970 ; l'articulation plan quinquennal en cours (2004-2008) et son évaluation ; et enfin la prévention. Il a mis l'accent sur le rôle de médiation au niveau inter-ministériel que la Mission est tenue d'exercer.

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). Jusqu'en 2005, les actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie (budget de la MILDT) continuaient d'être financées par l'intermédiaire du chapitre 47-16. La structuration du budget de la MILDT en 2005 s'organisait alors essentiellement autour de la coordination interministérielle des trois volets (prévention, prise en charge sanitaire, application de la loi et lutte contre le trafic). Pour rappel, les budgets de la MILDT pour les années 2003 à 2006 s'élevaient respectivement à 37,51 ; 33,75 et 32,40 millions d'euros.

Comme tout budget public, le financement de la MILDT relève maintenant de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF⁵), et ce depuis le 1^{er} 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.

Actions	2006	2007
1. Coordination interministérielle des volets préventif; sanitaire et répressif	30,63	31,95
2. Expérimentation des nouveaux dispositifs partenariaux	5,50	3,05
3. Coopération internationale	1,20	1,50
Total	37,33	36,50

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

5 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

pour la publication du budget 2006;

http://www.performance-publique.gouv.fr/cout_politique/depenses_etat/2007/TSDEPMSNFIGICHE_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.

Si la somme totale allouée ne pose pas de problème (augmentation du budget entre 2005 et 2006; légère baisse entre 2006 et 2007), on ne peut en revanche comparer les différents chapitres. Les prévisions pour le budget 2008 ne sont pas encore officielles.

1.4 Contexte social et culturel

Contrairement à ce qui s'était passé lors des présidentielles de 2002, la question des drogues aura été quasi absente des débats suscités par les élections de 2007. Le mensuel *Technikart* est ainsi le seul à avoir interrogé les candidats sur leurs opinions et programmes en la matière dans son édition de mars 2007. Comme le résume dans son supplément *Dossiers et Documents* du mois de juin 2007 le journal *Le Monde*: « *La campagne pour l'élection présidentielle aura fait bien peu de cas du problème des addictions* ».

Cette relative discrétion dans le débat politique n'a pas empêché un traitement régulier des sujets liés aux drogues dans les journaux.

Si la presse s'est, à l'automne et durant l'hiver, surtout intéressée au tabac (et dans une moindre mesure à l'alcool avec la tenue des Etats généraux), du fait de l'annonce d'un nouveau décret sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les produits illicites n'ont pas été absents du traitement de l'actualité.

Comme toujours, le cannabis a été le produit le plus abondamment évoqué par la presse. Dès septembre 2006, plusieurs journaux se font l'écho des rumeurs concernant la possible présence de microbilles de verre dans de l'herbe circulant en France (*Libération* du 23 septembre 2006). Ce sujet sera abordé ponctuellement jusqu'au début du mois de mars 2007 au moment où le ministère de la Santé et des Solidarités émet une note d'information sur les « risques sanitaires liés à une consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microbilles de verre ». Le 12 mars 2007, *Le Figaro* publie un article titré « *Intoxications par des microbilles de verre dans du cannabis* ».

La question de la prise en charge des jeunes consommant du cannabis suscite également l'intérêt des journaux. Il en est largement question dans le sujet de couverture du *Nouvel Observateur* le 26 octobre 2006 : « *Parents et ados : les pièges du cannabis* ». De leur côté, *Le Monde* et *Le Figaro* traitent le sujet dans leurs éditions du 27 octobre en rendant compte du premier bilan des « consultations cannabis » mises en place en 2005.

Mais c'est surtout au début de l'été 2007 que le cannabis provoque un certain engouement médiatique. L'hebdomadaire *Courrier International* consacre une couverture au produit le 21 juin : « *Cannabis. Pourquoi les pro rejoignent les anti et sonnent l'alarme* ». Peu de temps après, la parution de l'ouvrage de synthèse de l'OFDT, *Cannabis, données essentielles*, est l'occasion pour de nombreux journaux de faire le point sur la place du produit en France. « *Cannabis : une addiction française* » indique la manchette du journal *le Monde* le 11 juillet qui, outre une présentation générale, s'intéresse au niveau des taux de THC. L'Agence France Presse, de son côté, consacre une dépêche à l'expansion de l'autoculture (10 juillet). Le 11 juillet, *le Figaro* indique que « *les accros au cannabis sont de plus en plus nombreux* ». *Libération* traite du sujet le 7 août, après la parution de deux nouvelles études portant sur les risques liés au produit dans les revues *The Lancet* et *Thorax* avec ce titre en une : « *Cannabis ça fait aussi du mal* ».

D'autres thématiques sont, durant la période, traitées par les journaux.

La divulgation du rapport annuel de l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) en octobre 2006 est l'occasion de rendre compte de la baisse des

saisies de cannabis et de l'augmentation de celles de cocaïne (*Le Monde* du 13 octobre, *Libération* du 19 octobre). D'une façon générale, la diffusion croissante du produit retient l'attention des médias : à titre d'exemples on citera le dossier incluant des témoignages *Coke au féminin* dans le magazine féminin *Marie-Claire* en octobre 2007 ou *Cocaïne l'alerte* dans le magazine *Choc* le 19 juillet 2007.

En marge des questions liées à la précarité, plusieurs titres dont *Libération* et *le Parisien* relatent en mars le décès de deux SDF vivant dans les tentes installées à Paris au bord du canal Saint-Martin et victimes d'overdoses possiblement liées à des consommations détournées de méthadone. « *Tentes funèbres au canal Saint-Martin* » titre ainsi *Libération* le 17 mars. D'autres décès de SDF, à Strasbourg puis à Nice, dans des circonstances similaires sont également rapportés par la presse.

Toujours à propos des produits de substitution, la question du trafic de Subutex® sera plusieurs fois traitée par les journaux (*le Parisien* du 31 mars 2007, *Libération* et *le Figaro* du 2 avril 2007) après le démantèlement d'un réseau et plusieurs arrestations. Le 26 mai 2007 l'hebdomadaire *Marianne* consacre un article à ce thème : « *Comment la planète se shoote au Subutex français* ». Le 16 juin *le Parisien* rappelle que les fraudes sont très importantes. Enfin, le 1^{er} et le 2 juillet 2007 *Le journal du dimanche* puis *le Figaro* évoquent de nouvelles mesures destinés à enrayer les trafics et détournements.

Parmi les substances plus rares, la méthamphétamine retient beaucoup moins l'attention que l'année précédente. En revanche, l'iboga (plante finalement classée comme stupéfiant en mars 2007) fait l'objet de différents articles tout au long de la période ; ainsi la presse relaie les inquiétudes sur les dérives d'utilisation de cette plante hallucinogène à l'origine d'un décès en France durant l'été 2006. Après une dépêche de l'Agence France Presse en janvier, *le Monde*, entre autres, s'intéresse au produit dans un article publié le 27 février 2007. Le même mois le magazine *Choc Hebdo* y consacre un reportage de plusieurs pages, réalisé au Gabon, photos à l'appui « *L'iboga, plante tueuse ?* ». En mars l'AFP rend compte du classement du produit.

Enfin, lors de l'année 2007, un certain nombre d'organes de presse se sont fait l'écho de la guerre, aux conséquences meurtrières, qui sévit entre les gangs évoluant dans les banlieues populaires de Paris et de Grenoble notamment pour le contrôle du trafic de l'héroïne et la cocaïne. *Marianne* écrit début juin « *Cinq morts en trois mois. A Grenoble ça flingue au pied des cités* ». *Le Parisien* (le 11 puis le 24 juin 2007) évoque des morts à Stains, cité de Seine saint Denis. De même que *le Figaro magazine* le 16 juin qui titre : « *Seine Saint Denis. Guerre des dealers dans une cité interdite* ».

Cannabis Données Essentielles.

Publiée en juillet 2007, "*Cannabis Données Essentielles*" (CDE) est la première monographie de portée nationale exclusivement consacrée au cannabis. Son impact médiatique a été fort (voir partie I).

La loi du 31 décembre 1970 réprimant les trafics, vente, achat et consommation de cannabis reste le cadre législatif de référence. Le cannabis ne fait pas l'objet d'un traitement différencié des autres stupéfiants, et son achat et usage peuvent faire l'objet de poursuites. On constate cependant depuis quelques années une baisse du taux de poursuite et une hausse des mesures dites alternatives (ce qui ne signifie aucunement abandon ou classification des dossiers) : rappel de la loi, injonction thérapeutique, orientation sanitaire.

Le cannabis est la première substance illicite citée et consommée en France. Ainsi, 31% des 15-64 ans ont déclaré l'avoir essayé au moins une fois au cours de leur vie et 9% en ont

consommé au cours de la dernière année. L'usage de cannabis est plus masculin, aussi bien au niveau de l'expérimentation que des consommations régulières, lesquelles tendent à diminuer avec l'âge et en particulier le passage à l'âge adulte. Cet usage est diffusé auprès des lycéens et étudiants et rare parmi les inactifs, principalement retraités. Trois groupes se distinguent: les agriculteurs sont sous-consommateurs, au contraire des individus appartenant à des PCS telles que ouvriers, commerçants, artisans et chefs d'entreprise. Cadres et professions intermédiaires sont proche de la moyenne.

La France, avec la République Tchèque, l'Espagne, le Royaume-Uni et Chypre, présente les prévalences d'usage de cannabis les plus élevées d'Europe, tant chez les adultes que la population scolarisée de 16 à 17 ans.

Le cannabis consommé en France est principalement d'origine marocaine. Il est directement importé ou transite par l'Espagne, qui bénéficie d'une proximité géographique propice. Une nouvelle tendance se dessine cependant: la diffusion de l'autoculture, y compris en milieu urbain avec la technique dite du placard. On estime qu'environ 200 000 personnes de 15 à 64 ans y auraient eu recours. Le chiffre d'affaire total des ventes de cannabis serait approximativement de 832 millions d'euros. Celui de l'autoculture, sous réserve d'une revente aux prix effectivement constatés, serait de 83 millions d'euros.

Contrairement à certaines idées reçues, la concentration de THC du cannabis en France n'a pas évolué de manière significative depuis 1993, date de la mise en place d'une procédure de suivi fiable. Plus que les niveaux mesurés, c'est la grande variabilité des taux selon les régions de prélèvement qui est à noter : plus élevés au nord, conséquence de la proximité des Pays-Bas, et moins élevé au sud (ce sont les niveaux maximaux constatés qui ont augmenté).

Les liens entre usage régulier et problématique de cannabis et certains troubles somatiques et mentaux sont désormais établis : par exemple le cannabis augmente le risque de schizophrénie chez des personnes préalablement vulnérables à ce trouble. Plusieurs réponses publiques sont apportées:

- La prévention, en particulier en milieu scolaire et au niveau des dispositifs itinérants.
- Les campagnes de sensibilisation à destination des adolescents et des jeunes adultes (par exemple, les campagnes basées sur les résultats du projet Stupéfiants, Alcool et Mortalité (SAM), voir le *Selected Issue* sur le sujet, Rapport 2006).
- L'accès à l'information et à la prise en charge par la téléphonie sociale (DATIS – voir partie III).
- La prise en charge dans des centres spécialisés (CSST) et la mise en place des Consultations cannabis.

2. Usages de drogues

Usages de drogues : contexte général

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

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

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

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

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

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des 10 dernières années. En 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 (Beck, F. et al. 2003c). La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux, même si certaines nuances peuvent être relevées. Le cannabis est un peu plus consommé par les élèves et les étudiants (Beck, F. et al. 2005), les célibataires (Beck, François et al. 2002), les chômeurs et, parmi les actifs occupés, par les professions intermédiaires, et nettement moins par les ouvriers (Peretti-Watel, P. et al. 2004). Toutefois, les différences entre catégories socioprofessionnelles sont dans l'ensemble assez peu marquées.

Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales : on dénombre par exemple 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 (Beck, F. et al. 2003b).

Quel que soit le produit considéré, les hommes habitant des grandes unités urbaines sont davantage expérimentateurs (Beck, François et al. 2002). Les

expérimentateurs de drogues illicites sont fréquemment au chômage ou vivent avec des ressources matérielles faibles, à l'exception notable des expérimentateurs de cannabis, mieux intégrés socialement.

A 17 ans, après le tabac, l'alcool, le cannabis (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 (Beck, F. et al. 2003a).

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 (Beck, F. et al. 2006b).

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 1976 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 EROPP. Cette enquête permet de mesurer le niveau d'information ressenti sur les drogues, les substances connues comme étant des drogues, et la dangerosité estimée des produits. L'enquête étudie également, au sein de l'opinion publique, les représentations à l'égard des toxicomanes.

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

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

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.

Pas de nouvelle information disponible.

2.3 Usages de drogues au sein de groupes spécifiques

Voir le *Selected Issue* "Vulnerable Young People", et en particulier la 2^e partie.

Milieu festif techno

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 de l'espace festif techno, mais également d'étudier les pratiques et les représentations dans cette population (Reynaud-Maurupt et al. 2007).

L'étude met en valeur la fréquence des pratiques d'usage de cocaïne (35 % au cours des 30 derniers jours) et d'ecstasy (32 %) comme celles de l'usage quotidien du cannabis (40 %) et ce dans les quatre groupes d'affinités qui ont été considérés⁶. Il faut noter les fortes

⁶ Il s'agit : du groupe Alternatif (rave et free parties) dont une partie est constituée d'adeptes de la contre-culture; du groupe Urbain (bars musicaux) composé de personnes qui se définissent avant tout comme mélomanes. Mieux insérés socialement, ce groupe 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. Les établissements *gay friendly* investigués dans le cadre de l'enquête appartiennent à ce groupe d'affinité; du groupe Sélect (boîtes nécessitant une co-optation ou bar exigeant une « tenue correcte »). Il s'agit d'une population « chic et branchée » au niveau de vie plus élevé que dans les autres groupes qui cultivent « l'entre-soi » Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., Monzel, M., Moreau, C., Evrard, I., et al. (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans

prévalences des usages réguliers de stimulants : l'usage de cocaïne ou d'ecstasy plus d'une fois par semaine concerne 18 % des personnes rencontrées dans l'ensemble de l'espace techno et 26 % dans l'espace Alternatif.

Tableau 2.1. Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage (N = 1496).

	N	%
Cannabis	1 025	68,5
Champignons hallucinogènes	186	12,4
Crack ou free base	91	6,1
Cocaïne non basée	518	34,6
Ecstasy	484	32,4
Héroïne	100	6,7
Kétamine	35	2,3
LSD	157	10,5
Amphétamines	200	13,4
Poppers	153	10,2
Opium et/ou rachacha de pavot	64	4,3
Benzodiazépines	27	1,8

Source : Etude « Quanti-festif », OFDT/GVRS, 2004-2005 (Reynaud-Maurupt et al. 2007).

Le nombre d'expérimentateurs dhéroïne recensés dans l'étude est plus élevé que prévu. Dans l'ensemble de la population festive techno enquêtée, 23 % ont déjà fait l'expérience de l'héroïne. Ils sont 41 % dans le milieu alternatif. On observe en effet un renforcement de la visibilité de l'usage d'héroïne en milieu festif techno, essentiellement dans les grands événements (free parties ou technival). Celle-ci circule notamment sous l'appellation « rabla » et est dans ce cas confondue avec un produit naturel comme l'opium. L'usage d'héroïne apparaît d'autant moins stigmatisé dans ce cadre qu'elle est généralement sniffée ou fumée. Son usage est conditionné à celui des stimulants dont elle permet de gérer la descente, ce qui pour les usagers limite le risque de dépendance (Données qualitatives TREND festif (Cadet-Taïrou et al. 2007)).

Tableau 2.2. Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage dans les groupes d'affinité.

	Alternatif N=476 %	Urbain N=398 %	Clubbing N=430 %	Select N=192 %	
Cannabis	88,2	73,6	50,2	50,0	***
Champignons hallucinogènes	24,8	13,8	2,1	2,1	***
Crack ou free base	13,4	4,5	1,4	1,6	***
Cocaïne non basée	50,0	27,1	27,9	27,1	***
Ecstasy	53,8	24,9	24,9	11,5	***
Héroïne	15,5	3,5	2,3	1,0	***
Kétamine	6,5	0,8	0,2	0,0	***
LSD	23,5	8,0	2,8	0,5	***
Amphétamines	29,0	8,0	5,3	3,6	***
Poppers	9,0	7,3	17,2	3,6	***
Opium et/ou rachacha de pavot	8,6	4,3	0,9	1,0	***
Benzodiazépines	2,3	1,0	2,1	1,6	ns
Cocaïne et/ou ecstasy	70,8	37,7	37,2	30,2	***
Tous produits * sauf alcool et cannabis	81,3	46,7	43,2	34,4	***

* Au moins une prise de champignons hallucinogènes et/ou crack et/ou cocaïne et/ou ecstasy et/ou héroïne et/ou kétamine et/ou LSD et/ou amphétamines et/ou poppers et/ou opium et/ou rachacha et/ou benzodiazépines.
NS: non-significatif. ***: $p < 0,0001$, ns non-significatif. Source : Etude « Quanti-festif », OFDT/GVRS, 2004-2005 (Reynaud-Maurupt et al. 2007)

Les mélanges de produits sont fréquents (43 % des personnes fréquentant le milieu festif techno au cours du mois précédent), les premiers produits en cause étant l'alcool (88 % des cas), le cannabis (82%), la cocaïne (57 %), la MDMA (53%). Les autres substances apparaissent moins souvent en cause (amphétamine 14 %, hallucinogènes synthétiques 10 %, hallucinogènes naturels 10 %, héroïne 9 %...)

Tableau 2.3. Mélange de trois produits au moins une fois au cours d'une même soirée, en comptant l'alcool, sans compter le tabac, durant les trente derniers jours, dans les groupes d'affinité (N = 1489).

	Alternatif N = 469 %	Urbain N = 398 %	Clubbing N = 430 %	Select N = 192 %	
Oui, une fois ou plus	69,9	37,9	28,4	22,4	***
Nombre moyen de produits mélangés	3,4	3,3	3,2	3,2	*

***: $p < 0,0001$, * $p < 0,05$. Source : Etude « Quanti-festif », OFDT/GVRS, 2004-2005 (Reynaud-Maurupt et al. 2007)

Si l'emploi de la voie injectable reste marginal au sein de cette population (4,6 % au moins une fois dans la vie et 0,5 % au moins une fois au cours du dernier mois), l'usage de la paille est en revanche une pratique extrêmement répandue (66 % au moins une fois dans la vie et 43 % au moins une fois dans le mois). Parmi les personnes ayant sniffé, 53 % ont partagé une paille au cours du dernier mois.

Tableau 2.4. Administration des substances psychoactives par voie nasale et par voie injectable au cours de la vie et des trente derniers jours, dans les groupes d'affinité.

	Alternatif %	Urbain %	Clubbing %	Select %	
Administration par voie nasale (n = 1493):					
Oui, au moins une fois dans la vie	85,1	62,9	55,0	49,5	***
Oui, au moins une fois au cours du dernier mois	63,9	30,6	30,5	27,1	***
Administration par voie injectable (n = 1487)					
Oui, au moins une fois dans la vie	8,5	4,3	2,6	0,5	***
Oui, au moins une fois au cours du dernier mois	1,5	0,3	0,0	0,0	-

***: p<0,0001. Source : Etude « Quanti-festif », OFDT/GVRS, 2004-2005 (Reynaud-Maurupt et al. 2007)

Les données qualitatives du dispositif TREND font état d'une hausse de l'injection de la MDMA chez les jeunes usagers marginalisés fréquentant l'espace festif. Plusieurs sites du dispositif signalent quant à eux le développement de la pratique du sniff de comprimés d'ecstasy dans l'espace festif commercial. Plusieurs facteurs expliqueraient cette évolution : la recherche d'une montée plus rapide, un effet de mode, le sniff apparaissant comme un mode d'administration « branché » et enfin, la recherche d'une dimension plus conviviale liée au partage des traits.

2.4 Attitudes face à la drogue et aux usagers

Enquête EROPP. Pas de nouvelles informations.

3. Prévention

Contexte général

Cadre législatif :

La prévention des drogues n'est que très partiellement couverte par la législation française. Ce sont principalement les lois régulant l'usage, la publicité ou les conditions d'accessibilité de l'alcool ou du tabac⁷ qui développent le plus le sujet. 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)⁸. 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 (...)* »⁹. Elle fixe également un seuil minimal « *d'une séance annuelle, par groupes d'âge homogène* ». Enfin, les circulaires du ministère de l'Éducation nationale présentent depuis 1990 les grandes orientations en matière de prévention des drogues dans le cadre plus général de la prévention des conduites à risques.

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 nationale¹⁰ posent le principe d'une harmonisation et d'une généralisation de la prévention, via une programmation tout au long du cursus scolaire (dès l'école primaire). 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 notamment sur les chefs de projet « drogues et dépendances » (CPDD) nommés au sein du corps préfectoral.

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

7 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.

8 Des fumeurs 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.

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

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

prévention des dépendances et à la formation des professionnels et consulte les institutions locales (services de l'État, autorités judiciaires, collectivités territoriales¹¹ 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)¹² permettent également de répartir les crédits publics. De plus, l'identification de zones d'intervention prioritaire (ZUS ou ZEP¹³), établie sur des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité (taux d'élèves en retard scolaire et taux d'élèves boursiers) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés.

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. 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 les intervenants locaux). 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 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 et harmoniser les principes d'action, certaines approches font leur chemin : le fait d'aller au-delà de l'information sur les risques, l'interactivité, le développement de compétences psychosociales... Cependant, le *modus operandi* des compétences psychosociales demeure encore flou pour de nombreux acteurs.

11 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.

12 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.

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

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, CRIPS¹⁴. 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 :

Un dispositif d'observation 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 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. Il traite de toute action, subventionnée ou non, qui vise à éviter l'initiation ou la répétition d'usages nocifs et qui est délivrée à un groupe de public cible final, dans un lieu et une durée déterminés. L'enquête couvre des actions menées pendant l'année civile ou l'année scolaire complètes précédentes. Elle exclut les actions délivrées individuellement, ainsi que les actions de sensibilisation ou les formations destinées à des acteurs-relais. Elle exclut aussi les actions relevant de la réduction de risque, du soin ou de la réduction de l'offre. Les structures sollicitées pour participer ont été sélectionnées de par leur statut, non pas à travers les filières de subventionnement, afin de capturer "des acteurs cachés" inconnus des réseaux classiques financiers ou politiques. En 2007, pour des raisons pratiques, "seules" les écoles (du primaire à l'université), les services de protection judiciaire de la jeunesse et ceux chargés de l'application de la loi ont été systématiquement sollicités. A partir du prochain exercice (2009), d'autres organismes devraient être intégrés dans l'enquête : les centres socio-éducatifs, les centres socio médicaux des principales villes françaises et les principales entreprises. Toutes ces structures sont et seront identifiées par chaque CIRDD.

La collecte de données est réalisée sur la base du volontariat, grâce à un questionnaire en ligne et d'accès protégé (auto-administré et à questions fermées). Comme pour les enquêtes en population générale, les données sont traitées anonymement par l'OFDT.

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

Les résultats statistiques sont présentés aux plans départemental, régional et national (soit pour les "9 régions" agrégées) grâce à des fiches harmonisées téléchargeables par Internet (www.ofdt.fr/re lion). Ces données sont commentées par les CIRDD pour les chiffres locaux et par l'OFDT pour l'agrégation des 9 régions. Une restitution propre s aux actions menées en milieu scolaire est également réalisée pour chaque académie rectorale couverte (les "académies" sont le niveau administratif régional de l'Éducation nationale).

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 (cf. *supra* « *L'observation de la prévention aujourd'hui* » pour la méthodologie), 86.5% des actions recensées relève de la prévention universelle et ce en milieu scolaire dans 8 cas sur 10.

Politique nationale de prévention en milieu scolaire

Le plan gouvernemental et le programme 2003-2008 de prévention et d'éducation du ministère de l'Éducation nationale prévoient tous deux une programmation nationale de la prévention en milieu scolaire. Dans cette optique, la MILDT et le ministère de l'Éducation Nationale, aidés de plusieurs partenaires institutionnels, ont élaboré un guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives. Le guide est aujourd'hui diffusé à l'ensemble des écoles élémentaires, collèges et lycées français, et est accessible sur les sites www.drogues.gouv.fr et www.eduscol.education.fr.

La particularité de ce guide tient à ce qu'il développe des aspects de méthode et organisationnels plus que tout autre document officiel précédent, ce qui est en soi une avancée. En effet, bien que le recours au guide soit vivement encouragé mais non obligé, il a l'avantage de présenter une parole claire des autorités sur la teneur de la prévention des drogues, sur son utilité et sur le besoin d'une stratégie inscrite dans le temps, évolutive et précoce (à mettre en œuvre dès la préadolescence). Quatre plans d'intervention, chacun adapté à une catégorie d'âges et à deux niveaux de classes (CM2-6^e, 5^e-4^e, 3^e-2^e, 1^e-terminale¹⁵), proposent des « étapes » logiques d'intervention. Les programmes ainsi suggérés couvrent les 11-18 ans et abordent l'ensemble des drogues tout en mettant l'accent successivement sur le tabac, l'alcool, le cannabis et les polyconsommations.

L'exploitation de ce guide n'a toutefois pas été évaluée. On sait cependant que les 1393 actions en milieu scolaire documentées par l'enquête ReLION comme relevant de la prévention universelle se sont déroulées lors de la première année de diffusion du guide. Parmi elles, 83% ont concerné des collégiens ou des lycéens mais seules 7% se sont adressées à des élèves de l'enseignement primaire. De plus, 46% de ces 1393 actions ont traité de l'ensemble des drogues. Si l'on considère un à un les produits visés, les drogues licites sont le plus fréquemment traitées, devant le cannabis, bien avant les autres drogues illicites, les médicaments psychotropes ou même les produits dopants (cf. tableau infra).

15 De la dernière année d'école élémentaire à la dernière année d'enseignement secondaire, soit du 4^e au 11^e grade.

Tableau 3.1. ReLION : Répartition des actions selon les produits visés

Actions selon les produits visés (en %)	N	%
Toute drogues confondues	770	46%
Tabac	792	47%
Alcool	629	37%
Cannabis	519	31%
Ecstasy	192	11%
Médicaments psychotropes	175	10%
Produits dopants	110	7%
Héroïne	129	8%
Cocaïne	138	8%

Source : ReLION 2007, OFDT.

Prévention universelle dirigée vers les communautés

Ce pan de la prévention n'a pas connu de développement particulier en 2006.

Comme cela est expliqué dans les rapports nationaux précédents, en France, le ciblage par communauté est plutôt rare dans le domaine de la prévention, quel qu'en soit le sujet. L'exception notable, dans un domaine plus proche de celui qui nous intéresse, concerne le Sida. Ce fut le cas par exemple des campagnes nationales de prévention du Sida de 2004 et 2005, certains de leurs spots étant adressés aux homosexuels ou aux migrants originaires d'Afrique subsaharienne. En ce qui concerne les drogues, le ciblage communautaire ne fait pas l'objet de recommandations de la part des institutions politiques ni professionnelles. Lorsqu'il existe, il procède d'une initiative locale d'acteurs associatifs et qui demeure isolée.

Les actions de prévention universelle relevées à travers l'enquête ReLION 2007 ont été menées pour 18% d'entre elles en dehors du milieu scolaire ; la moitié a concerné des jeunes âgés de 11 à 25 ans.

Prévention universelle dirigée vers les familles

Ce pan de la prévention n'a pas connu de développement particulier lors de l'année 2006.

Ligne d'aide téléphonique

L'activité de DATIS a sensiblement reculé depuis le changement de numéro de téléphone en 2004. La baisse s'est poursuivie en 2005 et 2006.

Tableau 3.2. Répartition des appels DATIS selon le type d'appelants, 2006.

Catégorie	Effectifs	%
Usager	23588	48,0%
Entourage	19979	40,0%
Grand public	3530	7,0%
Professionnel	2272	5,0%
Total	49 369	100,0%

Source: DATIS.

Les 49 369 appels du tableau sont à contenu (c'est-à-dire faisant explicitement référence à un usage de substances psychoactives). Ils sont le fait des usagers et/ou de leur proche

dans une grande majorité (88,0%); il s'agit d'une population féminine (61,2% contre 38,6% des appelants, le reste étant inconnu). Les données brutes ne permettent cependant pas de dire s'il s'agit d'une consultation réelle consécutive à la prise de conscience d'un usage problématique personnel, ou d'une seule demande d'information de la part de l'entourage.

Alcool, cannabis et tabac sont les produits les plus souvent cités (respectivement 41,4%, 35,4% et 10,3% - plusieurs produits pouvant être cités par appel), une séquence légèrement différente par rapport à 2005 (le cannabis étant la principale substance justifiant les appels). A noter la part relativement importante des médicaments, toujours en quatrième position des produits abordés (9.0%). Héroïne, cocaïne et produits de substitution suivent avec une représentation moindre (respectivement 8,2%, 6,7% et 6,3%), mais en hausse par rapport à 2005.

Budget

Comme précisé dans la partie 1.3, la structuration actuelle du budget de la MILDT depuis 2005 ne permet pas de détailler la part de chaque volet dans le budget.

3.2 Prévention sélective

L'enquête ReLION fournit un indice quand à la part de la prévention sélective dans le paysage français. Dans les 9 régions ayant participé à 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.

Tableau 3.3. Actions dédiées à des publics relevant d'une institution sociale ou judiciaire (en %).

Public relevant d'une prise en charge institutionnelle	13,5 %
Public bénéficiaire de l'Aide sociale à l'enfance	1 %
Public sous mesure d'assistance éducative (1)	2,2 %
Autre public sous main de justice (2)	1,9 %
Jeunes en insertion (3)	2,4 %
Adultes en insertion (4)	2,4 %
Autres	4,5%

Source : ReLION 2007 (OFDT)

Milieu récréatif

La pratique du testing du type Marquis est prohibée par le décret du 14 avril 2005¹⁶ qui a introduit le référentiel national des actions de réduction des risques liés aux usages de drogues. Dans la pratique, d'autres méthodes ont pu être exploitées (ex. : chromatographie sur couche mince (CCM)). De ce fait, il semble que le Ministère de la Santé souhaite relancer la réflexion sur le sujet et sur les critères de qualité à associer (notamment la relecture des résultats par un médecin, ce qui n'est pas encore le cas dans la pratique actuelle).

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

Groupes à risques

L'année 2006 n'a pas connu de nouvelles orientations à propos de groupes déclarés à risques.

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. Cette enquête est réitérée en 2007. Elle doit permettre une analyse de l'activité des consultations, du profil des consultants, notamment ceux orientés par le système judiciaire, mais aussi de l'évolution de leurs consommations au fil des visites. Cette étude pourra être présentée dans le prochain rapport.

Notons cependant que, lors de la première année d'exercice, ces consultations ont accueilli 15 200 jeunes usagers mais également de nombreuses personnes issues de l'entourage d'un consommateur (28 % de consultants) qui étaient majoritairement des parents (principalement des mères).

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 et al. 2003). 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 permettent 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^{er} 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-Taïrou et al. 2007).

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

Des mésusages de BHD ont été identifiés, vraisemblablement facilités par la disponibilité du produit sur les marchés parallèles urbains. Pour ce produit, des pratiques d'injection et de sniff ont été mises en évidence parmi les usagers de structures de « première ligne », ainsi que des usages non substitutifs (primo-usages et primo-dépendance) (Bello, P-Y. et al. 2004b; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Cadet-Taïrou et al. 2007; Escots et al. 2003).

Depuis 2001, la pratique de l'injection récente diminue tandis que celle du sniff semble progresser (Bello, P-Y. et al. 2004b ; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Ceip De Marseille 2004; Kopp et al. 1998). 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. Mais les informations récoltées en 2005 et 2006 tant quantitatives que qualitatives montrent des situations divergentes : 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, 30 % des injecteurs ont partagé leur matériel (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

Pas de nouvelle information disponible

4.2 Profil des personnes en traitement

On dispose de deux sources d'information renseignant quant aux personnes en traitement: l'exploitation des données fournies par les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) et les informations issues des structures bas seuil.

4.2.1. Usagers en CSST.

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 2006, 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

Les nouveaux patients sont à 80 % de sexe masculin et âgés en moyenne de 28,3 ans, les 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 huit a plus de 40 ans. La répartition par âge est détaillée dans le Tableau 4.1.

Tableau 4.1. Répartition des patients par âge (en %), en 2006.

Age	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
< 20 ans	15,5	24,2
20-24 ans	25,2	35,4
25-29 ans	19,4	19,4
30-34 ans	15,4	10,1
35-40 ans	12,3	5,3
40 et plus	12,2	5,6
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT - 2006

Plus d'un tiers des patients consultent d'eux-mêmes (36 %) et 29 % des demandes sont induites 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 (11 %), 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 2006.

Origine de la prise en charge	Patients en traitement (All treatments)	Primo-consultants (First treatments)
Le patient lui-même	35,8	26,6
Famille ou ami	10,5	11,2
Autres centres spécialisés pour usagers de drogues	5,2	1,4
Médecins généralistes	6,9	6,2
Hôpital ou autre structure médicale	4,8	3,6
Services sociaux	4,9	4,1
Police ou Justice ou Injonctions thérapeutiques	28,6	43,6
Autres	3,2	3,3
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2006.

Les patients vivent le plus fréquemment avec leurs parents ou seuls (41 % et 26 %) et habitent le plus souvent dans un logement stable (77 %). Néanmoins, 20 % déclarent vivre dans des conditions de logement précaires. Concernant la situation socioprofessionnelle, les patients économiquement inactifs ou au chômage représentent 45 %, seuls 24 % ont un emploi régulier et 16 % sont encore lycéens ou étudiants (Tableau 4.3). Sur le plan scolaire, 64 % des personnes prises en charge en 2006 dans les CSST ont atteint le niveau secondaire. Plus de 5% des usagers n'ont pas dépassé une scolarité primaire et 31 % déclarent un niveau au-delà du baccalauréat.

Tableau 4.3. Répartition des patients selon la situation professionnelle (en %), en 2006.

Situation professionnelle	Patients en traitement (All treatments)	Primo- consultants (First treatments)
Emploi régulier	24,0	27,1
Etudiant, lycéen	15,7	23,4
Economiquement inactifs	19,9	14,1
Chômage	25,1	19,5
Autres	15,3	16,0
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2006

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.

Près de la moitié des patients (47 %) ont recours aux centres de soins en 2006 pour leurs problèmes liés à l'usage de cannabis. Ils ont en moyenne 24,3 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 12 % l'usage a lieu une fois par semaine ou moins et les usages occasionnels représentent 15 %.

Viennent ensuite les problèmes liés à l'usage d'opiacés, évoqués comme drogue principale par 41 % des personnes, dont l'âge moyen est de 30,5 ans : 79 % d'entre elles consomment de l'héroïne, moins de 3 % de la méthadone et 18 % d'autres opiacés (dont la BHD)¹⁷. Parmi les usagers d'opiacés, près de 80 % consomment quotidiennement et 11 % le font fréquemment (plusieurs jours de consommation par semaine). Les opiacés sont surtout sniffés (53 %) et injectés (25 %).

Tableau 4.4. Répartition (en %) et âge moyen des patients suivant la drogue principale en 2006.

Drogue principale	Patients en traitement (All treatments)		Primo-consultants (First treatments)	
	%	Age	%	Age
Opiacés	41,38	30,51	30,60	27.31
	32,82	29.74	26,35	26.66
	1,16	31.53	0,50	27.57
	7,40	33.76	3,75	31.86
Cocaïne (total)	6,29	32.25	4,24	29.57
	4,92	30.94	3,62	28.51
	1,37	36.94	0,62	35.79
Stimulants	1,06	26.90	0,89	24.09
	0,30	27.35	0,30	24.62
	0,71	26.70	0,53	23.78
	0,05	29.07	0,06	24.00
Hypnotiques et sédatifs	2,35	35.36	0,97	35.32
	0,06	36.07	0,01	33.00
	1,81	34.85	0,63	35.50
	0,49	37.13	0,33	35.09
Hallucinogènes	0,43	27.13	0,19	21.46
	0,30	26.16	0,17	21.50
	0,13	29.40	0,01	21.00
Colles et solvants	0,20	26.74	0,11	22.50
Cannabis	47,37	24.15	62,41	22.76
Autres drogues	0,92	32.44	0,59	26.88
Total produits	100,00	28,34	100,00	24,80

Source : RECAP / OFDT – 2006

La cocaïne est la troisième drogue principale : elle est citée par plus de 6% des patients qui sont en moyenne âgés de 32 ans. Les usagers de cocaïne déclarent consommer ce produit tous les jours (41 %) ou fréquemment (24 %). La cocaïne est sniffée (52 %) ou fumée (34 %), mais elle est injectée pour une proportion non négligeable des patients (13 %).

Parmi l'ensemble des patients qui ont fait une demande de traitement en 2006, les trois quarts (74 %) déclarent ne jamais avoir utilisé l'injection comme mode de consommation. Les patients ayant déjà utilisé la voie intraveineuse se répartissent en deux groupes égaux : la moitié (13 %) n'a pas utilisé cette pratique récemment et l'autre moitié (13 %) déclare

¹⁷ Pour la méthadone et BHD, il s'agit de consommations hors cadre thérapeutique.

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 (80 %) : 53 % 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.

Ils sont en moyenne plus jeunes (24,8 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 2006. 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 (62 % 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 (17 % vs 15 %) et moins fréquemment usagers quotidiens (51 % vs 59 %).

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 44 %) puis la cocaïne (4 % vs 7 %). Parmi les usagers d'opiacés, les primo-consultants sont en moyenne plus jeunes que les autres patients (27,3 vs 31,2 ans). Ils ont des pratiques de consommation différentes de celles des autres usagers d'opiacés. Leurs fréquences de consommation semblent plus élevées : les usages quotidiens sont plus nombreux (84 % vs 79 %) au détriment des usages occasionnels (3,7 % vs 6,5 %) mais l'analyse des modes de consommation laisse supposer que la pratique de l'injection est moins fréquemment utilisée par les primo-consultants (15 % vs 28 %) au bénéfice du sniff (68 % vs 50 %).

Les personnes consultant pour la première fois dans leur vie pour usage de cocaïne ont 29,5 ans (vs 32,8 pour les autres cocaïnomanes pris en charge dans les CSST). Les primo-consultants usagers de cocaïne sont moins nombreux à consommer quotidiennement cette drogue (37 % vs 44 %) et ils utilisent moins souvent la voie intraveineuse (8 % vs 14 %).

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 2006, 89 % des primo-consultants, tous produits confondus, n'ont jamais utilisé l'injection comme mode d'usage (vs 71 % chez les autres consultants).

Conclusion

Comme en 2005, les données RECAP 2006 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 2006 est très proche de celui des patients reçus en 2005. 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 (26,3 % vs 24,8 %) et sont plus nombreux au chômage (25,1 % vs 21,9 %). Les patients reçus en 2006 dans les CSST le sont plus souvent suite à une mesure de justice ou de police (29 % vs 26 %) et sont moins souvent orientés par une autre structure socio-sanitaire (17 % vs 21 %). La part des primo-consultants dans l'ensemble des nouveaux patients est proche de celle de 2005 (32 % vs 34 %). Le poids du cannabis dans les demandes de traitement en 2006 est très proche de celui de 2005 (47,4 % vs 48 %) alors que celui de la cocaïne et des opiacés a augmenté (47,7 % vs 45,5 %). Les usages de cannabis sont moins souvent quotidiens (53,6 % vs 57,4 %). S'agissant des modes de consommation des produits, le poids de l'injection (11,1 % vs 12,9 %) et, dans une moindre mesure, celui de la forme fumée/inhalée ont diminué en 2006 pour une augmentation du sniff (24,6 % vs 20,6 %) ; ces évolutions du mode d'usage des produits sont d'autant plus marquées chez les filles.

Le poids encore important du cannabis dans les demandes de traitement en 2006, d'autant plus marqué 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 produits¹⁸. 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. Notons que 27,5 % 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 13 % 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 atteint 21,4 %.

Ces chiffres moyens, obtenus sur l'ensemble des patients ainsi que dans le sous-groupe des primo-consultants, semblent masquer 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.

¹⁸ 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.

4.2.2. Usagers fréquentant les structures de bas seuil.

L'enquête auprès des usagers de structures de bas seuil constitue la seule source quantitative d'information régulière sur les populations d'usagers actifs fréquentant les centres villes.

L'âge moyen des personnes enquêtées est égal à 31,2 ans et 82 % d'entre elles sont des hommes, 25 % ont moins de 25 ans et 35 % au moins 35 ans. Parmi eux, 68 % n'ont pas d'enfants et 20 % en ont un. Seuls 8% vivent avec au moins un enfant. Près de la moitié vivent seuls (46 %), 21 % en couple, 20 % avec des amis. Ils sont 15 % à avoir le niveau scolaire du baccalauréat (diplôme obtenu ou non) et 44 % à avoir un niveau BEP ou CAP (diplôme professionnel de niveau secondaire). Au cours des six derniers mois, un sur cinq est sans revenus (22 %), 27 % reçoivent un salaire ou des allocations chômage, 45 % reçoivent un revenu social. Au cours de la même période, 22 % ont eu une activité rémunérée intermittente ou continue, 18 % étaient au chômage, 35 % étaient inactifs et 2,5 % étaient étudiants (sans activité rémunérée). Concernant l'accès aux soins, 57 % sont couverts par la Couverture Maladie Universelle (CMU, couverture sans cotisation) et 10 % ne disposent d'aucune couverture.

Parmi les usagers recrutés dans les structures de bas seuil en 2006 (N=1017), le cannabis demeure le produit le plus consommé, devant l'alcool (74 % d'usage au moins une fois dans le mois, dont 65 % boivent au moins 5 verres par occasion).

Un tiers des usagers rencontrés a consommé de l'héroïne au cours du mois précédent soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marque une inflexion après une baisse régulière observée depuis 2001 (Beck, F. et al. 2006b; Bello, Pierre-Yves et al. 2002; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Bello, Pierre-Yves. et al. 2004c). En 2006, on note la progression du sniff et de l'inhalation de l'héroïne, notamment chez les plus jeunes et chez ceux qui fréquentent également le milieu festif (2006 N=349 dont injection : 54 %, sniff : 54 %, inhalation : 34 % (Cadet-Taïrou et al. 2007)).

On observe que c'est maintenant la buprénorphine haut dosage qui est l'opiacé le plus consommé parmi les usagers des structures de première ligne. Parmi les 44 % d'usagers qui en ont pris au cours du mois précédent, seuls 49 % l'ont utilisé uniquement dans un but thérapeutique (voir point mésusage dans le chapitre 5, point 5.3). Par ailleurs, l'usage détourné des sulfates de morphine s'accroît de manière localisée sur certains sites : Paris et Rennes surtout et Marseille dans une moindre mesure (parmi les sites du réseau TREND) notamment parmi des jeunes désocialisés. Sur l'ensemble de la population enquêtée par PRELUD, l'usage au cours du mois précédent passe de 9 % à 16 % entre 2003 et 2006 et l'usage à visée de « défonce » s'accroît de 3,2 % à 9 % dans le même temps.

L'usage de cocaïne dont la fréquence s'accroît dans l'ensemble de la population semble rester relativement stable parmi les personnes qui fréquentent les structures de bas seuil. L'évolution majeure liée à l'usage de cocaïne se situe dans l'accroissement des pratiques d'injection. Alors qu'en 2003, (N=320) 46 % des usagers de chlorhydrate de cocaïne l'avaient injecté, ils sont 54 % début 2006 (N=348). On note également que pour 13 % des usagers ayant déjà injecté un produit, le premier injecté dans la vie est la cocaïne. Les professionnels des structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique et psychologique en lien avec leur pratique d'injections compulsives.

Les usages de MDMA et d'amphétamine parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno. En effet, seuls 9 % des usagers ayant fréquenté des événements festifs moins de 10 fois dans leur vie ont pris de la MDMA au cours du mois précédent contre 30 % des autres. Il en va de même pour l'amphétamine. La pratique de l'injection de la MDMA et de l'amphétamine

semble s'accroître chez les usagers des structures de première ligne (MDMA : 13 % en 2003 N=294, 19 % en 2006, N=204, amphétamine, 22 % en 2003, N=201, 40 % en 2006, N=224). Le sniff progresse également (15 % en 2003 à 18 % en 2006).

L'usage dans cette population d'hallucinogènes, naturels ou synthétiques, reste modéré et ne présente pas d'évolution marquante.

Tableau 4.5. Fréquence des consommations au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi les usagers des structures bas seuil, 2006.

	10 fois ou + au cours de la vie	Mois précédent	Tous les jours*
Au moins 10 verres d'alcool par occasion	-	30 %	21 %
Cannabis	95 %	86 %	54 %
Héroïne	77 %	34 %	11 %
BHD	69 %	44 %	31 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		12 %*	
Méthadone	44 %	24 %	16,5 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		4 %*	
Sulfates de morphine	34 %	16 %	7 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		9 %*	
Codéine	33 %	16 %	1,2 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		45 %*	
Rachacha	36 %	5 %	-
Cocaïne ou crack	79 %	40 %	7 %
<i>chlorhydrate</i>		34 %	5,3 %
<i>base</i>		16 %	2,6 %
Ecstasy	65 %	20 %	0,9 %
Amphétamine	60 %	22 %	2 %
BDZ	56 %	30 %	18 %
<i>Pour se défoncer uniquement</i>		11 %*	
Champignons hallucinogènes	53 %	8 %	-
Kétamine	30 %	9 %	0,6 %
Solvants / poppers	46 %	10 %	0,9 %

Sources : Prelud 2006, TREND / OFDT (Cadet-Taïrou et al. 2007)

Mode d'usage.

En 2006, 68 % des usagers des structures bas seuil ont déjà expérimenté l'injection, plus de 10 fois pour 62 %. La part des injecteurs récents parmi les usagers fréquentant les structures de bas seuil, qui avait chuté entre 2000 et 2003, cesse de diminuer en 2006 (43,6 % en 2003, 46,2 % en 2006). Sur le plan quantitatif, on perçoit un accroissement de la pratique d'injection pour la BHD et pour les stimulants (

Tableau 4.6). L'observation qualitative (dispositif TREND) perçoit un accroissement des pratiques d'injections dans les groupes d'utilisateurs les plus précaires : il s'agit de populations plutôt jeunes, masculines et marginalisées vivant dans des situations de grande précarité et fréquentant, selon une logique opportuniste tant les structures de première ligne que les regroupements festifs alternatifs.

Tableau 4.6. Evolution de la fréquence des pratiques d'injection par produit consommé au cours du dernier mois parmi les usagers des Structures de première ligne entre 2003 et 2006

	2003 (N=855)		2006 (N=1017)	
Héroïne	53 %	(135/255)	54 %	(188/348)
Cocaïne (chlorhydrate)	46 %	(147/320)	54 %	(189/348)
BHD	47 %	(71/367)	58 %	(260/446)
Ecstasy	13 %	(38/294)	19 %	(39/204)
Amphétamine	22 %	(44/201)	40 %	(90/224)

Source : PRELUD / TREND / OFDT 2006 (Bello, P-Y. et al. 2004a; Cadet-Taïrou et al. 2007).

Dans les structures de première ligne, la part des expérimentateurs du sniff au cours de la vie atteint 90 % alors que 42 % des usagers l'ont utilisé au cours du mois passé, comme en 2003. Ceux qui ont fréquenté une manifestation festive techno alternative au moins 10 fois dans leur vie l'utilisent plus fréquemment (60 % au cours du dernier mois).

Si 59 % de l'ensemble des usagers des structures de première ligne ont, en 2006, utilisé la voie fumée au moins une fois dans la vie (pour un autre produit que le tabac ou le cannabis), ils sont 27 % seulement à en avoir fait usage au cours du mois. On observe de plus en plus une certaine « contamination » entre les différents modes d'administration caractéristiques de chaque produit.

Ainsi, les observateurs de terrain et/ou les données quantitatives disponibles rapportent cette année, l'augmentation des pratiques de sniff et de fumette concernant l'héroïne, l'accroissement de l'usage par injection ou par inhalation de la cocaïne, traditionnellement sniffée, des pratiques d'injection et de sniff d'ecstasy plus visibles ainsi qu'un accroissement de l'injection d'amphétamines. La porosité accrue entre le milieu festif techno et les structures de réduction des risques des centres urbains à travers des populations jeunes et désinsérées ainsi que les poly-consommations ont sans doute pu permettre ces transferts.

Parmi les 471 injecteurs récents, 13 % disent avoir partagé leur seringue, 23 % la cuillère et 20 % le filtre au cours du dernier mois. Ils sont 42 % à avoir réutilisé leur propre seringue dont 8 % plus de 5 fois. Parmi les 427 usagers qui ont sniffé au cours du mois, 30% ont partagé leur paille dont la moitié plus de 5 fois.

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 209 en 2005) ;
- les centres de soins avec hébergement collectif (au nombre de 41 en 2005) ;
- les centres de soins en milieu pénitentiaire (au nombre de 16 en 2005).

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 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-Taïrou et al. 2007).

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

Le Tableau épidémiologique n° 21 renseigne sur différents traitements pratiqués en France et leur disponibilité. Le Questionnaire structuré n°27 fournit des informations complémentaires sur les programmes de 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. La dernière estimation du nombre de personnes substituées à la méthadone en médecine de ville à partir des données de vente (SIAMOIS / OFDT) remonte à 2005 et fait état de 14 100 à 20 177 personnes.

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...).

5.1 Dispositif

Pas de nouvelle information disponible

5.2 « Drug free treatment »

Pas de nouvelle information disponible

5.3 Traitements médicalisés (sevrages, substitution)

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

En 2005, près de 16 patients en moyenne par structure ont suivi un sevrage en ambulatoire dans le cadre d'un CSST (tableau 5.1), et près de 10 patients ont suivi un sevrage en milieu hospitalier avec accompagnement par le centre. Le nombre moyen de patients ayant suivi un sevrage en ambulatoire semble avoir beaucoup progressé entre 2003 et 2004. L'utilisation d'un nouveau rapport d'activité en 2004 dans lequel a été supprimée la question relative au sevrage par diminution des doses prescrites de traitement de substitution pourrait avoir une influence sur l'évolution de cette donnée. On peut en effet faire l'hypothèse qu'une partie des réponses positives à cette dernière question se sont reportées sur la question relative au sevrage ambulatoire. La question sur les sevrages en milieu hospitalier n'était pas posée dans les rapports d'activité antérieurs à 2004.

Tableau 5.1. Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par CSST, 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
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
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

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 environ 9000 le nombre de patients ayant suivi un sevrage en 2005 contre 7500 en 2004. Cette augmentation est liée à l'augmentation du nombre moyen de sevrages en milieu hospitalier ainsi qu'à l'accroissement du nombre de sevrages réalisés par les centres qui en réalisent plus de 150.

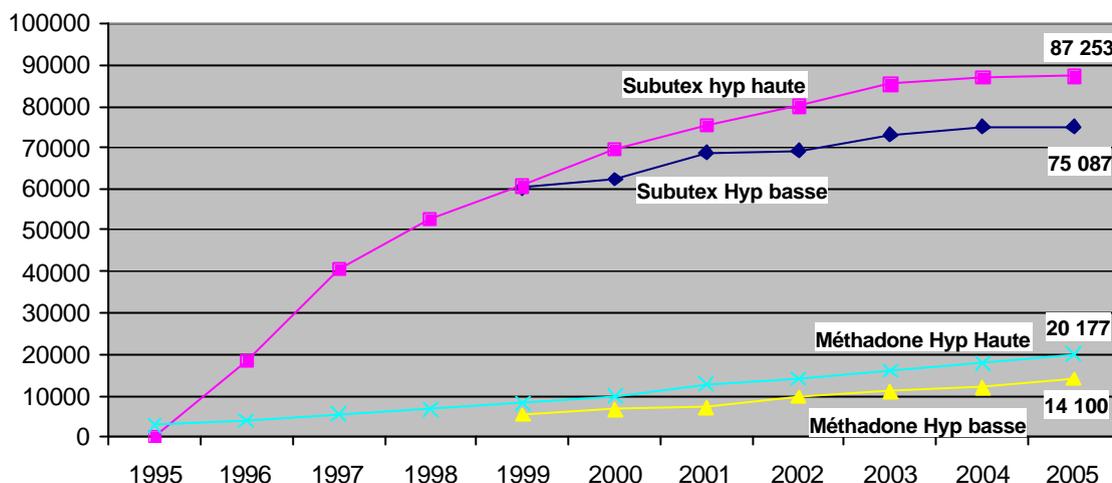
5.3.2. Traitement de substitution.

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 2005, la BHD représente environ 80% de la substitution puisque entre 75 087 et 87 253 personnes en reçoivent. La part des patients recevant de la Méthadone est en légère augmentation en 2005 (entre 14 100 et 20 177 personnes soit entre 15 et 20% de l'ensemble des patients recevant un traitement de substitution). 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 – 1995-2005.



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.

Patients suivis dans les CSST.

Près de 80 patients en moyenne par structure ont reçu une prescription de méthadone par le CSST, un nombre un peu plus élevé qu'en 2004 (où il était de 65 personnes). 56 patients en moyenne ont eu une prescription de BHD. Les chiffres de 2005 semblent révéler une progression de la prescription de traitements de substitution, en particulier pour la méthadone. Le nombre total de patients ayant eu une prescription de traitement de substitution par un CSST en 2005 peut-être estimé à environ 36 000 (un peu plus de 19 000 pour la méthadone et près de 17 000 pour la BHD).

Tableau 5.2. Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution à la méthadone	35	47	50	59	69	70	65	79
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution à la BHD	41	49	50	52	57	55	46	56
Nombre moyen de patients par structure avec traitement de substitution autre	3	3	3	2	2	4	1	nd

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

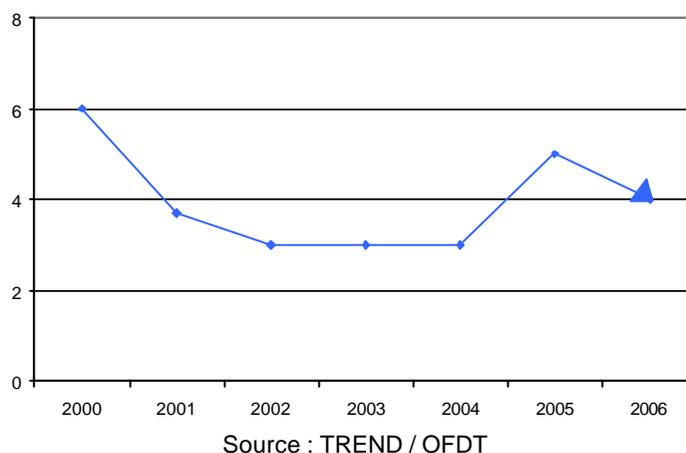
(1) structures ayant fourni des données sur l'activité. Par ailleurs, il n'a pas été tenu compte des données des deux CSST dont les files actives sont supérieures à 1 400 personnes et dont la présence ou l'absence dans la base est susceptible de faire fortement varier les résultats d'une année sur l'autre. Enfin, toujours dans un souci de comparabilité des données, il n'a pas non plus été tenu compte en 2004 des chiffres du bus méthadone.

Mésusages et trafic de BHD.

A partir de 2004, l'Assurance Maladie a mis en œuvre un plan pour limiter le détournement de la buprénorphine prescrite vers le marché parallèle. Les contrôles ont essentiellement visé à repérer les trafiquants (« patients » mais aussi quelques cas de médecins et de pharmaciens) à travers les données de remboursement et à recadrer les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg. A l'exception de la ville de Toulouse, il semble que les mesures n'aient eu que peu d'impact sur la disponibilité de la buprénorphine sur le marché parallèle. Certaines régions, notamment la région parisienne, la région de Marseille et à un moindre degré l'est de la France ont vu se développer des modalités de trafic plus organisées qu'auparavant : moins d'usagers revendant des surplus mais des fraudes plus organisées de l'assurance maladie par une organisation collective du « doctor shopping » (vols de cartes Vitale, recrutement de « faux usagers », consultations dans plusieurs départements... Dans le même temps, l'ampleur du trafic international vers l'est et le nord de l'Europe s'est amplifié dans ces régions (données dispositif TREND) (Cadet-Tairou et al. 2007). La BHD est devenue en 2005 le deuxième médicament à l'origine d'une falsification d'ordonnances (Centres D'évaluation Et D'information Sur La Pharmacodépendance (Ceip) 2006).

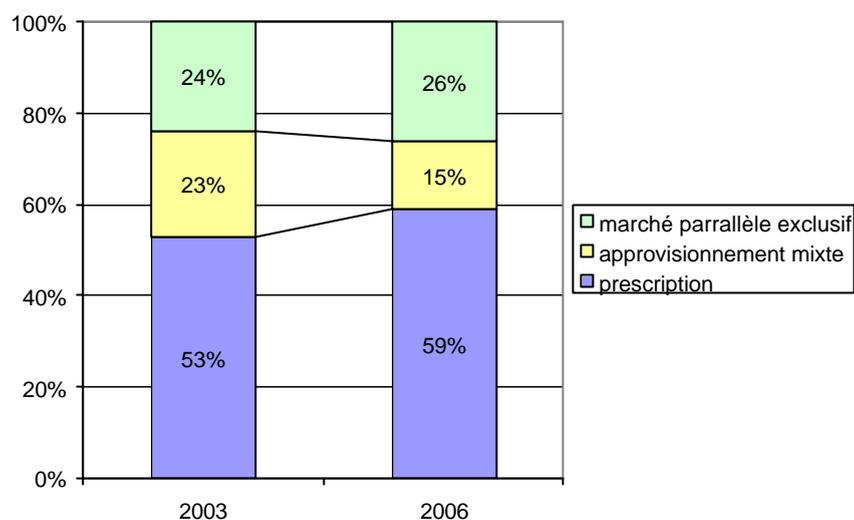
L'impact des mesures sur les prix a été perceptible en 2005 pour tendre à nouveau vers le prix antérieur en 2006 (environ 4 euros le comprimé de 8 mg en moyenne, avec des variations en fonction des situations locales).

Graphique 5.2. Evolution du prix du comprimé de 8 mg de buprénorphine sur le marché parallèle entre 2000 et 2006



Ces actions, si elles n'ont pas réduit le véritable trafic, ont semble-t-il permis effectivement de recadrer les usagers en traitement. On constate sur le graphique ci-dessous que la part des usagers des structures de bas seuil obtenant la BHD à la fois par prescription et sur le marché parallèle s'est réduite entre 2003 et 2006.

Graphique 5.3. Mode d'approvisionnement des usagers des structures bas seuil ayant consommé de la buprénorphine haut dosage au cours du mois précédent (N= 353, N =436), 2006.

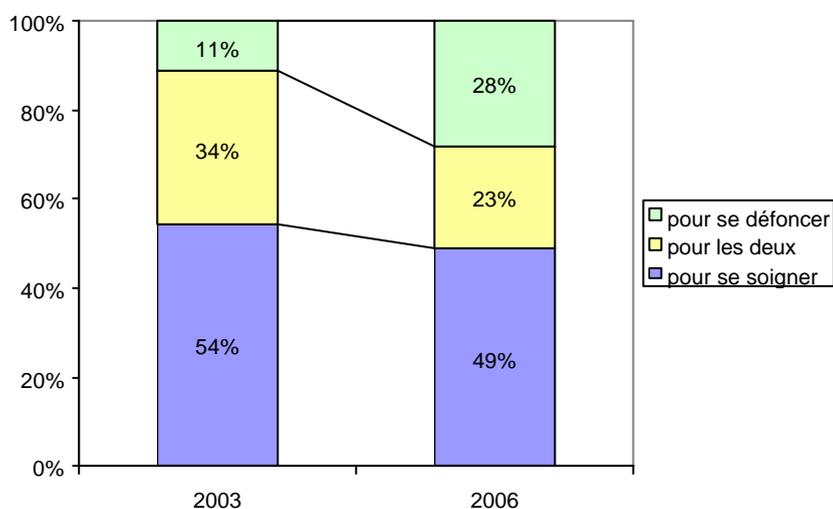


Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006, TREND / OFDT

Usage « à visée de défonce »

Il semble qu'il en va de même pour l'intentionnalité de l'usage. On assiste à une diminution des usages mixtes (à la fois pour «se défonce» et pour se soigner ou pour arrêter l'héroïne), mais parallèlement à un renforcement des usages «toxicomaniaques» dans certaines populations précarisées de jeunes en errance ou d'ex-usagers d'héroïne en provenance d'Europe de l'est. C'est plus particulièrement parmi ces derniers que s'accroîtraient actuellement les pratiques d'injection. On observe en effet un accroissement de la pratique d'injection chez les utilisateurs des BHD au cours du dernier mois qui passe de 47 % en 2003 (N=467) à 58 % en 2006 (N=446).

Graphique 5.4. Intentionnalité de l'usage de buprénorphine haut dosage parmi les usagers des structures de première ligne en ayant consommé au cours du mois précédent (N=360, N=445), 2006.



Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006, TREND / OFDT

Parmi les utilisateurs à visée de défonce de la buprénorphine, 32 % l'obtiennent totalement ou partiellement par prescription (Tableau 5.3). A l'inverse, 16 % de ceux qui l'utilisent dans un objectif thérapeutique (pour arrêter ou diminuer l'usage de l'héroïne) l'acquièrent exclusivement sur le marché parallèle.

Tableau 5.3. Modalités d'approvisionnement en buprénorphine des usagers des structures bas seuil en fonction de l'intentionnalité de l'usage, 2006.

		« Pour se soigner », n=213	« Pour se défoncer », n=121	Les deux, n=102	Total
Prescription n=257	% ligne	61	14	25	100
	% colonne	74	31	62	59
Hors prescription n=114	% ligne	30	58	12	100
	% colonne	16	55	14	26
Les deux n=65	% ligne	34	28	38	100
	% colonne	10	15	25	15
Total	% ligne	49	28	23	100
	% colonne	100	100	100	100

Sources : Prelud 2006, TREND / OFDT

Les personnes rencontrées dans les structures bas seuil et qui prennent la BHD uniquement pour se défoncer se situent fréquemment dans une situation de grande précarité : 68 % vivent en logement instable (ne pourront pas passer 6 mois dans leur logement) et 54 % sont sans domicile ou vivent en squat. 39 % n'ont aucune ressource légale et 18 % n'ont aucune couverture santé.

Injection et sniff

L'injection de la BHD apparaît croissante en population précaire. Dans le même temps, les substitués de longue date, tendent plutôt à passer au sniff du fait de leur état veineux et une grande part des nouveaux consommateurs de BHD amorce sa consommation par la voie sniffée considérée comme peu stigmatisante (Données qualitatives du dispositif TREND, (Cadet-Taïrou et al. 2007).

En 2006, l'injection de BHD au cours de la vie concerne 67 % des usagers vus en structures bas seuil et ayant consommé de la BHD plus de 10 fois dans la vie. La BHD est le premier produit injecté dans la vie pour 6 % des injecteurs/vie et pour 9 % des injecteurs/vie de BHD. Parmi les usagers récents, 58 % l'ont injectée au cours du dernier mois (vs 47 % en 2003).

Parmi les usagers vus dans un cadre thérapeutique (Centres spécialisés), la part des injecteurs est moindre.

L'usage du sniff est le fait de 22 % des usagers de structures bas seuil (Cadet-Taïrou et al. 2007).

Mésusage de la méthadone

En dépit de l'apparition d'un mésusage plus visible de la méthadone, parallèlement à sa diffusion, celui-ci reste modéré par rapport à celui de la BHD.

L'obtention exclusive ou partielle sur le marché parallèle concerne 29 % des usagers du dernier mois rencontré en structure bas seuil, en 2006 (22 % en 2003).

L'usage détourné partiel ou exclusif concerne 29 % des usagers de méthadone des structures bas seuil (24 % en 2003).

Moins de 2% des usagers de méthadone disent l'avoir injectée au cours du mois précédent (Cadet-Tairou et al. 2007).

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'héroïne¹⁹. L'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 en particulier l'identification de la méthadone dans plus de ¾ des cas (Arditi et al.

¹⁹ Office central pour la répression du trafic illégitime des stupéfiants (OCRTIS), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005, Nanterre, OCRTIS, 2005, 123 p.

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 CSST (Tellier 2001), enquête remplacée par les données issues du dispositif RECAP à partir de 2005 ainsi que l'enquête auprès des usagers de structures de « première ligne » (Bello, P-Y. et al. 2004b; Bello, Pierre-Yves et al. 2003) [Tableau épidémiologique n°9] elle-même remplacée par l'enquête PRELUD 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. 2004b; 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 4500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9000 € 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'INSERM.

Les dernières données DRAMES portent sur les décès recensés en 2005 et ont été présentées dans le précédent rapport. Le fichier DRAMES a fait l'objet d'un croisement avec les données de l'OCRTIS. Dans son rapport 2007, l'OCRTIS n'a publié aucune donnée détaillée concernant les surdoses en France lors de l'année. L'explication officielle avancée est l'absence en 2006 de données DRAMES permettant de confirmer l'information collectée par les services de police.

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	138
2001	107	ND	155
2002	97	74	140
2003	89	64	148
2004	69	86	163
2005	57	68	171
2006	ND	ND	ND

ND: non disponible. *Sélection B.
Source: OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports.

Un contraste net apparaît entre d'un côté une tendance à la baisse et les niveaux chaque fois plus faible des données OCRTIS et DRAMES, et de l'autre une augmentation du nombre de décès par surdoses (sélection B de l'OEDT²⁰) selon les données du CépiDc, suivie d'une réduction moindre que celle précédemment envisagée. Pour rappel, le CépiDc fonctionne comme un registre national de mortalité: il est par définition censé centraliser de manière exhaustive les décès et, par conséquent, devrait être une base d'information de référence. Il recense 235 décès par surdose en 2005: 130 hommes (55,5 ans d'âge moyen) et 105 femmes (55,9 ans).

Les causes de décès.

L'OCRTIS n'a pas à ce jour fourni d'information concernant les 59 décès par surdose recensés en 2006. Seul le CépiDc permet de se faire une idée plus précise des causes des surdoses.

²⁰ Face à la diversité des définitions nationales en cours dans les pays membres de la CE, l'OEDT a en 2002 mis en place une définition commune des *Drug-Related Deaths* (DRD), regroupant les décès classés sous les codes CIM10 suivants: F11-12, F14-16, F18 et F19; et X41, X42, X61, X62, Y12 et 11, ces six derniers étant combinés avec les codes T40 (0-9) et T43.6.

Tableau 6.2. Causes des décès par surdose en France: sélection B selon les données du cépiDc.

CIM10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
F110	1	1	5	3	3	2	15
F112	0	0	0	1	1	1	3
F1139	0	1	0	0	0	1	2
F120	0	0	2	0	0	0	2
F1239	0	1	0	1	0	0	2
F140	18	20	19	14	28	20	119
F142	2	1	3	1	2	4	13
F1439	0	2	1	3	2	1	9
F150	115	124	106	117	116	135	713
F152	0	0	0	1	2	0	3
F190	0	0	0	1	1	0	2
F192	0	1	0	1	5	0	7
F1939	2	4	4	5	3	7	25
Total	138	155	140	148	163	171	915

ND: non disponible. Source: CépiDc, divers rapports.

Trois points sont à noter:

1. Il n'y a pas de décès par empoisonnement tel défini dans la sélection B par l'OEDT.
2. Les opioïdes demeurent la principale cause de décès lorsqu'il n'y a qu'une seule substance déterminée, suivis par les décès liés aux usages de cocaïne. Ce résultat est cohérent avec une hausse de la prévalence constatée en population générale ces dernières années.
3. Dans une très grande majorité des cas, les décès sont la conséquence de polyconsommations, sans qu'il soit possible de déterminer quelles substances ont été détectées.

Une sous-estimation des enregistrements ?

Le sous-enregistrement des décès par surdose est une problématique récurrente en France depuis de nombreuses années. La classification de nombre de ces décès en "cause inconnue" (Péquignot et al. 1999) a contribué à maintenir un certain scepticisme quant aux tendances affichées par le registre CépiDc-INSERM, favorisant ainsi la consultation de sources alternatives telles que les données OCRTIS et DRAMES. Leurs modalités de collecte ne sont cependant pas exemptes de certaines carences:

- L'OCRTIS ne peut constater que les surdoses dites explicites, c'est-à-dire des cas survenant dans un contexte où des substances apparaissent clairement sur le lieu de décès. Le médecin appelé pour confirmer le décès est tenu de ne pas signer le certificat de décès, ce qui déclenche l'ouverture d'une enquête par les services de police. Cependant l'Office n'est pas toujours tenu au courant d'éventuels résultats d'analyse toxicologique complémentaire.
- DRAMES fonctionne sur un réseau de laboratoires médico-légaux au nombre restreint et non représentatif. La participation y est de plus volontaire (ainsi en 2005, seuls 6 des 16 laboratoires participants ont fourni une information).

- Les données du CépiDc présentent plusieurs inconvénients: premièrement, de nombreux cas sont classés comme "cause inconnue" ; deuxièmement certains décès sont dans l'attente des résultats d'analyse toxicologique éventuellement demandée par le parquet²¹, provoquant un retard d'enregistrement ; troisièmement, les décès par surdose en France provoquant automatiquement l'ouverture d'une enquête judiciaire, certains d'entre eux peuvent faire l'objet d'une certification de complaisance afin de protéger les familles.

Ce problème de codification illustre un problème chronique en France de l'application des modalités de certification (Desesquelles 1997), et peut avoir une influence sur les niveaux enregistrés. Afin d'envisager une éventuelle sous-estimation des décès par surdose, deux croisements d'information sont en cours de réalisation. Le premier porte sur les données OCRTIS et du CépiDc (années 2001 et 2002), le second concerne les données de l'OCRTIS et DRAMES (années 2004 et 2005). Les résultats définitifs devraient être disponibles à la fin de l'année 2007.

6.2 Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

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

Entre 2003 et 2005, chaque année, 6 000 à 7 000 personnes ont découvert leur séropositivité en France ce qui correspond à plus de 12 000 découvertes de séropositivité au total depuis la mise en place de ce système de notification obligatoire des cas (mars 2003). 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 (55% des cas) et en particulier chez les femmes (78% des cas) suivi par les rapports homosexuels (23% des cas dont 40% chez les hommes).

Tableau 6.3. Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2005 par mode de contamination (France, données au 31/03/06).

Modes de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%
Rapports hétérosexuels	3 811	78	2 765	39	6 576	55
Rapports homosexuels	-	-	2 816	39	2 816	23
Injection de drogues	52	1	199	3	251	2
Autres ^b	50	1	70	1	120	1
Non renseigné	951	20	1 323	18	2 274	19
Total	4 864	100	7 173	100	12 037	100

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

b : 90 transmissions mère-enfant, 20 homosexuels usagers de drogues, 9 transfusés et 1 hémophile contaminés dans les années 80.

Source : système de notification obligatoire de l'infection à VIH, InVS (données au 31/03/06)

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 représentent plus que 8% en 2005.

²¹ En cas de suspicion d'un décès lié à l'usage de substances psychotropes, le médecin faisant le constat du décès ne peut remplir le certificat de décès qui est retourné à l'INSERM. En théorie, les causes du décès sont attribuées seulement après réceptions d'analyses éventuelles permittant l'application de la CIM 10. En pratique, le médecin peut indiquer l'origine de ses doutes sur le certificat. Dans le cas de drogues, le code R99 peut être synonyme de "cas en attente".

Tableau 6.4. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006**
UDVI	357	309	246	258	204	170	155	98	25
Total nouveaux cas de Sida	1 948	1 835	1 732	1 673	1 637	1 457	1 340	1 227	494
Part UDVI	18,3%	16,8%	14,2%	15,4%	12,4%	11,6%	11,5%	8%	5%

* : données provisoires non redressées au 30/06/06, ** : données janvier à juin 2006

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

Données Coquelicot

Les résultats de l'édition 2004 de l'enquête Coquelicot ont été rendus publics. Les données présentées ici proviennent de l'enquête Coquelicot 2004 (Jauffret-Roustide et al. 2006).

Coquelicot est une enquête transversale multi-centrique incluant 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille), menée chez les usagers de drogues (UD) ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Le recrutement s'est déroulé dans les différentes structures qui participent à la prise en charge spécifique des usagers de drogues (centres de soins spécialisés, structures bas seuil et chez quelques médecins généralistes) sur la base d'un échantillonnage complexe visant à la constitution d'un échantillon aléatoire. Outre le questionnaire socio comportemental administré par un enquêteur, un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard était réalisé par l'UD. La recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée à l'aide de tests Elisa. Au final, 1 462 des 2389 UD à qui le questionnaire a été proposé (61%) ont accepté de participer.

La séroprévalence globale du VIH est de 10,8% [IC95 % : 6,8-16,6]. Elle croît régulièrement avec l'âge : elle est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0,3 %) et atteint 17 % chez les UD âgés de 35-39 ans ainsi que chez les plus de 40 ans. La séroprévalence du VHC est quant à elle de 59,8% [IC95 % : 50,7-68,3] et croit également avec l'âge : déjà élevée chez les moins de 30 ans (28%), elle atteint 71% des plus de 40 ans. 27% des UD croyaient être négatifs à tort pour le VHC. Quant à la co-infection VIH/VHC, elle était de 10,2% [IC95% : 6,3-15,9]. La quasi totalité des usagers séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC.

Une analyse par année de naissance montre que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de 10 années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans).

Plus de 95 % des usagers déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91 % pour le VHC. Les moins de 30 ans déclarent un niveau de dépistage moins élevé pour le VIH que les UD plus âgés (89 % versus 97 %, $p < 0,001$), mais la probabilité d'être dépisté au cours de la vie augmente naturellement avec l'âge. L'enquête montre que le niveau de connaissance des UD vis-à-vis des principaux modes de transmission du VIH et du VHC est élevé: les principaux modes de contamination du VIH (partage de la seringue, relations sexuelles non protégées) sont connus par 90 % des UD et ceux du VHC (partage de la seringue) sont connus par 84 % des UD. En revanche, concernant le partage du petit matériel, le niveau de connaissance passe à 71 % pour le risque VIH et à 65 % pour le risque VHC. De plus il faut noter que les moins de 30 ans ont une moins bonne connaissance des risques de transmission du VIH en lien avec le tatouage (63 % versus 75 %, $p = 0,02$) et le piercing (63 % contre 76 %, $p = 0,004$) que les plus de 30 ans.

Durant le dernier mois, 13 % des UD ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel, et 25% la paille de snif. La prévalence élevée du VHC chez les jeunes UD laisse supposer des contaminations dès l'initiation. Les pratiques à risque persistent, ce qui constitue des conditions favorables à la poursuite de la transmission du VHC, mais aussi du VIH.

Données PRELUD

La première édition de l'enquête PRELUD, réalisée par l'OFDT en 2006 et remplaçant l'enquête « première ligne » a visé à associer, auprès d'usagers de CAARUD²², le prélèvement d'échantillons salivaires au recueil de données déclaratives pour la mesure de la prévalence des infections à VIH et VHC dans 5 villes (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse). Des données déclaratives d'usagers de ces structures sont d'ores et déjà disponibles parmi les 1 017 usagers actifs inscrits dans un parcours toxicomaniaque ayant fréquenté un des 9 sites de l'enquête PRELUD.

Hépatite C.

Tableau 6.5. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.

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

Source: PRELUD.

Les données déclaratives, seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France, évoquent une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C chez les plus jeunes.

Ce phénomène n'est 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, celle des injecteurs plus de 10 fois au cours de la vie passe 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.

Tableau 6.6. Evolution de la prévalence de la sérologie déclarée positive pour l'hépatite C selon la fréquence de l'injection dans la vie dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.

	N 2003	N 2006	2003	2006
Non jamais	125	205	4,8%	2,9%
Oui, moins de 10 fois	55	50	23,6%	10,0%
Oui, 10 fois ou plus	464	548	56,7%	47,8%
Ensemble	644	803	43,8%	34,0%

Source: PRELUD.

²² Usagers de drogues actifs (opiacés ou cocaïne) avec une forte population d'injecteurs.

Chez les personnes ayant déjà expérimenté l'injection et/ou le sniff la prévalence de l'infection déclarée est égale à 35,7 %.

VIH

Comme pour l'hépatite C, on observe que la prévalence de l'infection au VIH déclarée semble décroître entre 2003 et 2006. Parallèlement, on repère également une augmentation de la fréquence du dépistage, notamment chez les moins de 25 ans. Si en 2006, 25 % d'entre eux n'avaient jamais pratiqué de dépistage de l'infection au VIH, ils n'étaient plus que 15 % en 2006.

Tableau 6.7. 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 injecteurs / vie
< 25 ans	143	201	4,9 %	0,3 %	0,8%
25-34 ans	305	359	8,2 %	4,3 %	5,8%
> 35 ans	221	314	16,3 %	13,8 %	14,7%
Ensemble	669	874	10,2 %	7,1 %	8,3%

Source: PRELUD.

D'après les premières données issues de l'enquête PRELUD, la prévalence déclarée de séroposivité au VHC chez les moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne et qui connaissent leurs résultats a décliné entre 2003 (dernière édition de l'enquête TREND Première ligne) et 2006 (enquête PRELUD), passant de 17% à 8% environ (tableau suivant). Toutefois ces taux de prévalence de déclaration positive au VHC chez les moins de 25 ans sont variables suivant les sites, allant de 2,9% à Rennes à 15,6% à Lyon.

Données RECAP.

L'enquête RECAP, réalisée en 2005 pour la première fois à l'échelon national (Kopp et al. 1998), permet de décrire les caractéristiques des patients accueillis au cours de l'année dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et elle interroge l'ensemble des patients sur leurs statuts sérologiques, en particulier ceux de l'hépatite C et du VIH (tableau 6.8).

Tableau 6.8. Séroposivité déclarée du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie en 2006, par tranches d'âge.

	VHC		VIH	
	Sérologie connue	Positive	Sérologie connue	Positive
<25 ans	515	73 (14,0%)	511	1 (0,2 %)
25-34 ans	2158	742 (34,0 %)	2107	44 (2,0 %)
<35 ans	3644	2453 (67,0 %)	3523	499 (14,0 %)
Ensemble	6317	3268 (51,7 %)	6141	544 (8,8 %)

Source : RECAP / OFDT – 2006

En 2006, 104 CSST ambulatoires ont répondu à l'enquête RECAP qui porte sur 43 494 patients. On dispose d'information sur l'utilisation de l'injection pour près des trois quarts des

patients (soit 32 053). Parmi eux, 31 % déclarent avoir utilisé l'injection au cours de leur vie, soit 9 820 patients. La sérologie VHC est connue pour la moitié des injecteurs (52 %) et celle du VIH est connue pour 62 %. Les prévalences déclarées s'élèvent à 52 % pour le VHC et à près de 9 % pour le VIH.

6.3 Co-morbidités psychiatriques

Pas de nouvelle information disponible

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

L'enquête dite « TREND / Musique électronique » (cf. usage de drogues au sein de groupes spécialisés) a permis d'interroger 1 496 personnes ayant fréquenté le milieu festif techno en 2004 ou 2005.

Les trois quarts des personnes interrogées étaient des conducteurs. Parmi ces derniers, près de la moitié (533/1122) estime avoir conduit au moins une fois au cours du dernier mois avec plus de 0,5 g d'alcool par litre de sang et près de la moitié déclare avoir conduit après avoir fumé du cannabis au cours de la même période (48 % - 511/1118).

Dans le même temps, la conduite sous l'influence d'une autre substance psychoactive a concerné 29 % de ces conducteurs potentiels. Proportionnellement au nombre de conducteurs, c'est dans le groupe Alternatif (usagers fréquentant essentiellement les free et rave parties) que la conduite sous influence est le plus souvent déclarée (Reynaud-Maurupt et al. 2007).

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 trousses d'injection type Stéribox® (225 au total en 2002) ou récupérant des seringues usagées (153 en 2002) ;
- les programmes associatifs d'échange de seringues (PES) au nombre de 118 en 2001 ;
- les « boutiques » ou lieux de contact pour usagers de drogues (40 en 2001) ;

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

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

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

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.

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

Le Stérifilt®

Le Sterifilt® est un filtre conçu pour éliminer les impuretés autres que les microbes. Il réduit les risques liés à l'injection de particules et limite l'apparition d'abcès, phlébites, oedèmes et « poussières ». Il élimine 100% de la totalité des particules de plus de 10 µm (le liquide filtré devient alors transparent). Il prévient les contaminations infectieuses liées au partage, à la réutilisation et à l'emprunt des filtres. Enfin, il faut préciser que ce filtre est à usage unique et ne peut être utilisé à plusieurs, sa membrane se colmatant après utilisation.

Les professionnels sanitaires de plusieurs sites du dispositif TREND signalent depuis 2005, et davantage en 2006, une diminution de la fréquence des problèmes habituellement liés à l'injection notamment du Subutex®. Ils attribuent ce constat à la diffusion du Sterifilt® et à

son utilisation croissante au cours de l'injection. Il semble que l'outil soit assez facilement adopté par les usagers des structures lorsque celles-ci mettent en place des démarches pédagogiques actives.

Un premier travail d'évaluation de délivrance du Sterifilt® a été mené en 2003 auprès de pharmacies volontaires d'Ivry sur Seine dans le cadre d'un «programme d'échange de seringues décentralisé» reposant sur 4 principes : formation des pharmacies volontaires pour adhérer à un programme d'échange de matériel d'injection, mise à disposition des usagers du Stéribox contenant ce nouveau filtre à usage unique Sterifilt®, récupération du matériel usagé et orientation des usagers de drogues vers les consultations de dépistage du VHC. Six pharmacies ont été ainsi sélectionnées et ceci a permis d'interroger 20 pharmaciens et 17 usagers. Dix d'entre eux rencontrés lors de différents entretiens disaient utiliser très majoritairement le Sterifilt® dont l'usage et l'adoption ont été très grandement facilités par le travail de prévention et de réduction des risques mené par les équipes officinales (Bonnet 2006).

En 2005, les ventes de Sterifilt® en France s'établissent entre 120 000 et 150 000 unités mensuelles (données Apothicom).

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 (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 (Beck, F. et al. 2006a). 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 : 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'usager simple peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, et éventuellement d'une incarcération.

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

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

Les condamnations enregistrées par le Casier Judiciaire national (CJN) rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des 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.

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 (Beck, François et al. 2002). Ces données font clairement apparaître une sur-représentation d'usagers de drogues comparativement à la population générale.

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

Pas de nouvelle information disponible.

8.2 Délits et criminalité liés à l'usage de drogues

Information provenant du Ministère de la Justice.

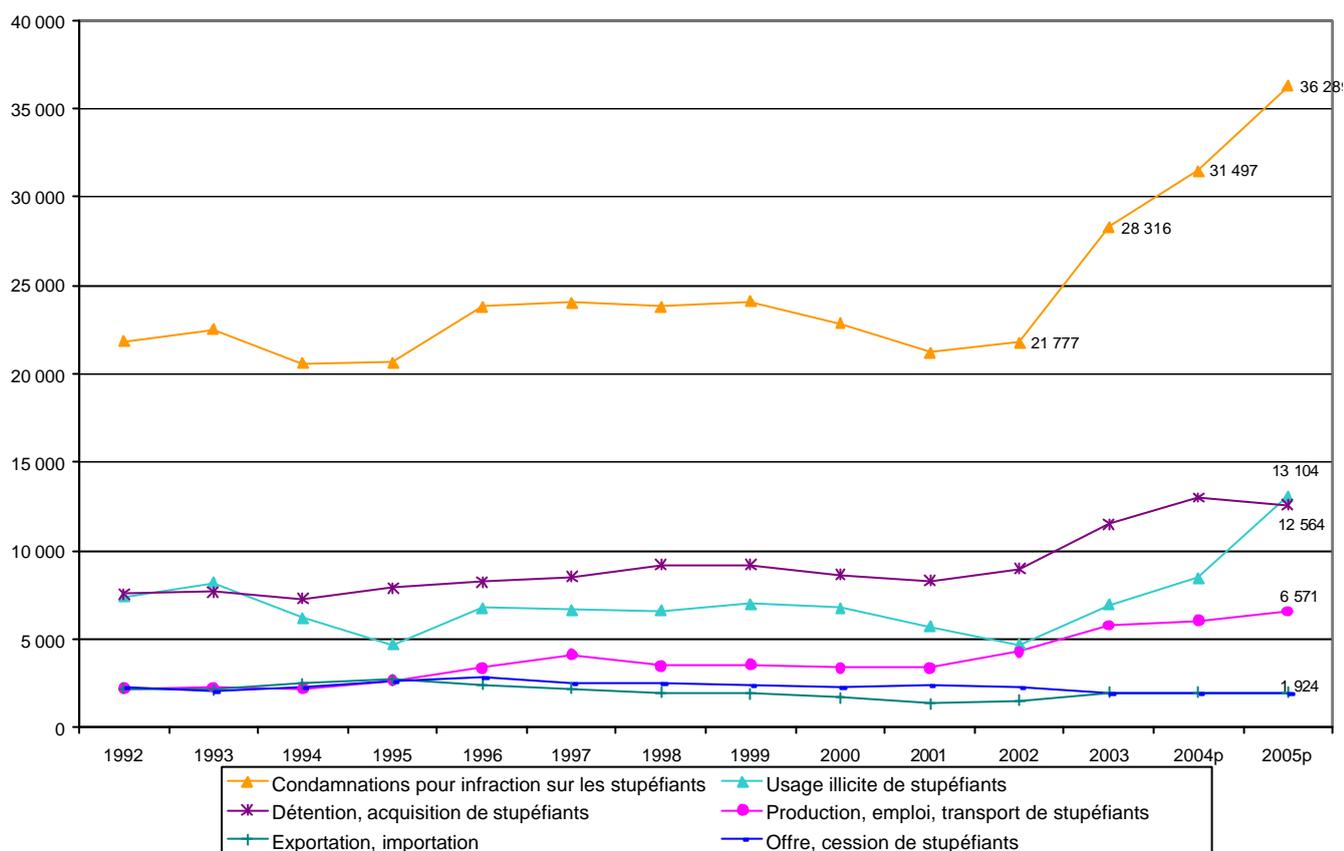
Les statistiques afférentes aux condamnations, tant sur infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) que portant sur l'alcool, sont publiées avec un décalage de deux années (Ministère De La Justice 2006). Les données sont présentées sous forme de stock (pas d'information quant au délit ayant entraîné la condamnation lors des mouvements de détenus). L'information qui suit porte donc sur l'année 2005 et n'est officiellement pas considérée comme définitive.

36 289 condamnations ont été prononcées en 2005 pour une ILS en infraction principale²³, soit 15 % de plus qu'en 2004. Il y avait, parmi les 39790 détenus condamnés au 31/12/2005, 5718 détenus condamnés pour ILS en infraction principale (14,4%).

Les données suivantes portent sur les condamnations:

²³ 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 8.1. Condamnations pour ILS prononcées en France.



2004p et 2005p: données provisoires.

Source: Données de l'Annuaire Statistique du Ministère de la Justice (extraction spéciale).

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

- 13 104 condamnations pour usage (+55,3 %) et 6 571 condamnations pour production, emploi ou transport (+8,6 %).
- La répartition des condamnations pour ILS suivant l'infraction principale est stable depuis plusieurs années. Le trafic (importation-exportation) est sanctionné, en infraction principale, dans 1 968 condamnations, soit 5 % des ILS, l'usage concerne 36 % des condamnations pour ILS et la détention-acquisition concerne toujours 34 % environ d'entre elles, alors qu'elles ont diminué de 3% sur l'année 2005.

Globalement, en 2005, une ILS en infraction principale est sanctionnée dans 34 % par une peine d'emprisonnement (peine ferme ou assortie d'un sursis partiel dans la moitié des cas), dans 23 % 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. Les mesures éducatives, au nombre de 1 518 prononcées en 2005, représentent 5% des condamnations pour ILS.

Le profil des personnes condamnées pour une ILS est proche de celui de l'ensemble des condamnés pour délits. Les personnes condamnées pour une ILS sont très majoritairement des hommes (94,5 %).

La part des mineurs est de 7,3 %, avec des écarts importants entre les condamnés pour trafic, mineurs à seulement 1 %, et les condamnés pour détention, usage ou offre, respectivement mineurs à 8 %, 9 % et 10 %.

Les étrangers représentent globalement 13 % des condamnés pour ILS mais les écarts sont encore plus élevés : 6% d'étrangers chez les condamnés pour usage, 37% pour trafic (import-export) et entre 12 et 20 % pour les autres infractions.

Information provenant du ministère de l'Intérieur (OCRTIS 2007).

Interpellations pour infraction à la législation sur les drogues. Données générales :

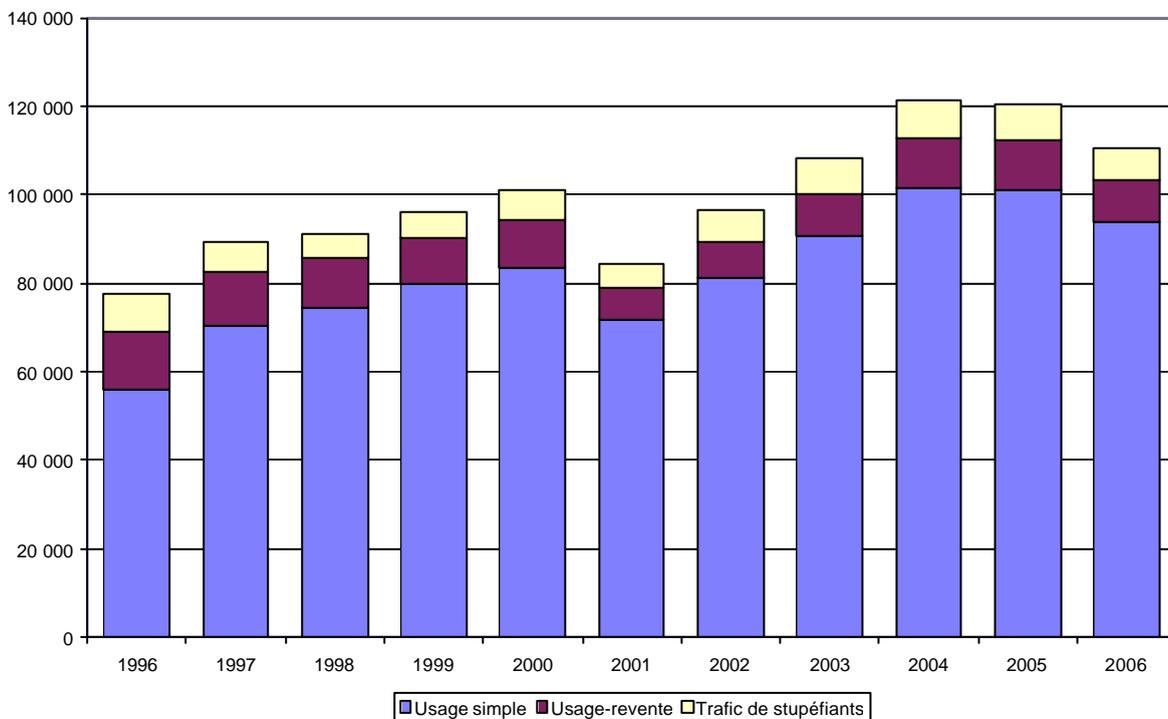
Alors que la tendance était à la hausse, depuis 2005, les interpellations pour ILS réalisées par les services de police, de gendarmerie et des douanes enregistrent une baisse de 0,8% en 2005, et de 8% en 2006 ((Office Central Pour La Répression Du Trafic Illicite Des Stupéfiants (Ocrtis) 2005). Cette baisse concerne toutes les catégories d'interpellés mais elle est plus forte pour les cas d'usage revente (-16,5 %) et pour ceux de trafic (-9,1 %) que pour ceux d'usage simple (-7,2 %).

Motif d'interpellation :

L'usage simple de stupéfiants reste le motif d'interpellation principal : 93 817 interpellations, soit 85 % des interpellations pour ILS en 2006, proportion stable depuis 1998.

On recense 9 376 interpellations pour usage-revente, deuxième motif d'interpellation (8,5 % de l'ensemble des interpellations pour ILS). Les interpellations pour trafic se décomposent en : 1 516 interpellations pour trafic international et 5 777 pour trafic local (soit 6,6 % en tout de l'ensemble des interpellations pour ILS).

Graphique 8.2. Interpellations pour ILS depuis 1996.



Source : FNAILS, OCRTIS.

Produit en cause.

Le cannabis reste le principal produit en cause dans les interpellations pour LS et ce, quel que soit le motif d'interpellation : dans 90 % des interpellations pour usage, 77 % des cas d'usage-revente et 52 % des cas de trafic (voir Tableau suivant).

Globalement, viennent ensuite l'héroïne et la cocaïne : l'héroïne étant plus fréquent chez les usagers et les usagers-revendeurs interpellés alors que la cocaïne est plus fréquente en cas de trafic.

Signalons dans le cas de la France la classique 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.

Tableau 8.1. Interpellations pour ILS par produit, 2006.

	Usage	% en colonne	Usage - revente	% en colonne	Trafic	% en colonne	Total	% en colonne
Cannabis	83 980	89,5 %	7 158	76,3 %	3 784	51,9%	94 922	85,9 %
Héroïne	4 955	5,3 %	1 164	12,4 %	936	12,8%	7 055	6,4 %
Cocaïne	2 943	3,1 %	597	6,4 %	1 964	26,9%	5 504	5,0 %
Crack	454	0,5 %	62	0,7 %	140	1,9%	656	0,6 %
Ecstasy	753	0,8 %	230	2,5 %	250	3,4%	1 233	1,1 %
Médicaments ⁽¹⁾	287	0,3 %	66	0,7 %	47	0,6%	400	0,4 %
Amphétamines	191	0,2 %	49	0,5 %	29	0,4%	269	0,2 %
Champignons	134	0,1 %	12	0,1 %	8	0,1%	154	0,1 %
Autres (2)	120	0,1 %	38	0,4 %	135	1,9%	293	0,3 %
Total	93 817	100 %	9 376	100 %	7 293	100%	110 486	100 %

(1) Subutex®, Méthadone, Skénan®, Rohypnol®, autres.

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

Source : FNAILS, OCRTIS.

En ce qui concerne les produits, la baisse des interpellations masque de fortes variations suivant les produits en cause :

- La croissance des interpellations pour usage, usage-revente et trafic d'héroïne, croissance initiée en 2005 qui se poursuit en 2006: 6% d'interpellations en plus, +10 % chez les usagers interpellés. 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 : +5 % chez les usagers interpellés, et +8 % chez les trafiquants (la cocaïne est le principal produit retrouvé chez les trafiquants internationaux, dont plus la moitié sont interpellés dans les aéroports parisiens). Cependant les interpellations d'usagers-revendeurs enregistrent une baisse de 21 %.
- La nette augmentation depuis 2001 des interpellations pour usage et, à un moindre niveau, pour usage-revente et trafic d'amphétamines, passant de 86 interpellations en 2001 à 191 en 2006, et atteignant les 263 en 2004.
- Rompant avec la tendance à la hausse de ces dernières années, on observe une baisse des interpellations pour usage de cannabis (-8 %) et une baisse plus marquée des interpellations pour usage-revente et trafic (respectivement -17 et -12 %).
- La baisse des interpellations pour ecstasy en 2005 se confirme en 2006 (-40,8%).
- Les interpellations liées au crack sont nettement en baisse (-38 %) ; la baisse est nette pour l'usage (-34 %). Rappelons que les effectifs sont faibles au regard des

précédents produits cités, et oscillent depuis 1998 autour de 1000-1400 interpellations. L'année 2006 enregistre une forte baisse avec 656 interpellations, principalement concentrées dans les DOM et en région parisienne.

Quelques caractéristiques des personnes interpellées pour ILS en 2006 :

- L'âge moyen des usagers interpellés est stable à 23,5 ans en 2005 et 2006.
- Les usagers de crack, d'héroïne et de médicaments (dont Subutex®) interpellés sont les plus âgés : respectivement 31,4–28,8 et 31,1 ans. Les plus jeunes restent les usagers de cannabis (22,9 ans), de champignons hallucinogènes (22,1 ans) et d'ecstasy (24,5 ans en moyenne).
- Les personnes interpellées pour ILS sont majoritairement des hommes (pas de changement).
- Les Français restent majoritaires parmi les personnes interpellées pour ILS (9 personnes sur 10), sauf en cas de trafic international où les personnes de nationalité française ne représentent plus que 32 % en 2005 (28 % en 2004).
- En matière de CSP, la distinction s'opère également entre usagers de cannabis d'un côté (sans profession ou de statut professionnel indéterminé à 35 %, ouvriers à 26 % et étudiants/lycéens à 22 %) et usagers d'héroïne ou de cocaïne de l'autre (sans profession ou de statut professionnel indéterminé à 43-51 %, ouvriers ou employés à 11-26 % et étudiants/lycéens à 5 % ou moins) ; les usagers d'ecstasy occupant à peu près une position intermédiaire (sans changement).
- Enfin, notons qu'environ 90 % des individus interpellés pour une ILS ne sont interpellés qu'une seule fois dans l'année. Les interpellations multiples sont un peu plus fréquentes chez les usagers d'héroïne.

La conduite après usage de stupéfiants : Contrôles et sanctions en 2005-2006²⁴.

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 2005 et 2006.

Depuis 2004, le ministère de l'intérieur publie des statistiques d'ensemble sur les dépistages et les infractions constatées relatives aux stupéfiants au volant²⁵ :

²⁴ 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); extraction spéciale du casier judiciaire national par la sous-direction de la statistique, des études et de la documentation.

Tableau 8.2. Dépistages des stupéfiants au volant.

	2005			2006		
	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs
Accidents:	11 305	1 899	16,8 %	10 450	1 685	16,1 %
mortels (immédiats)	5 248	629	12,0 %	4 485	563	12,6 %
corporels (non mortels)	5 547	1 041	18,8 %	5 503	951	17,3 %
matériels (constatés par les forces de l'ordre)	510	229	44,9 %	462	171	37,0 %
Infractions	2 446	1 979	80,9 %	2 322	1 971	84,9 %
Soupçon d'usage (sans accident, ni infraction)	7 284	4 095	56,2 %	8 130	5 255	64,6 %
Nombre de dépistages réalisés (total)	21 035	7 973	37,9 %	20 902	8 911	42,6 %

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005
[\(\[http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere\]\(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere\)\)](http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

En 2005-2006, 21 000 dépistages relatifs aux stupéfiants ont été réalisés chaque année sur les routes, la majorité (60 %) à l'occasion d'un accident, en particulier lorsqu'il s'agit d'un accident aux conséquences mortelles (dépistage obligatoire) ou ayant entraîné des dommages corporels (dépistage également obligatoire en cas de soupçon).

Les taux de dépistage positif sont à interpréter avec beaucoup de prudence car ils traduisent les pratiques de ciblage de la population contrôlée. Ainsi, les taux de positivité les plus importants sont ceux des dépistages réalisés suite à un soupçon d'usage, avec ou sans infraction constatée (pour 2005, le ministère de l'Intérieur signale que ces taux traduisent le fait que les forces de l'ordre ont la plupart du temps effectué des dépistages « lorsque l'état général du conducteur laissait indéniablement penser que le taux était élevé »).

Ces chiffres ne peuvent pas être repris comme une mesure de la consommation de stupéfiants par des conducteurs sur les routes, ni de la conduite sous l'emprise de stupéfiants sur ces mêmes routes.

Les seuls cas où le dépistage est (normalement) systématique sont ceux réalisés en cas d'accidents mortels ; le taux de positivité est alors de 12 % en 2005 et 12,6 % en 2006.

Les infractions sanctionnées en 2005 et 2006.

Tableau 8.3. Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants.

	2005	2006
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants	4 246	6 552
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	922	1 212
Refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants	435	193
Total	5 603	7 957

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2005 et 2006
[\(\[http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere\]\(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere\)\)](http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

Pour la seconde année complète d'application du dispositif de dépistage de stupéfiants, en 2005, plus de 5 000 procès-verbaux ont été dressés pour conduite après usage de

²⁵ Les données publiées pour l'année 2003 étaient partielles et ne portaient que sur les dépistages effectués entre juillet et décembre 2003 et uniquement ceux des services de la police nationale (hors gendarmerie nationale).

stupéfiants, retrouvés seuls (dans 4 246 cas) ou associés à l'alcool (dans 922 cas). Les chiffres de 2006 sont sans commune mesure puisque plus de 7 700 infractions pour conduite après usage de stupéfiants ont été établies, dont plus de 1 200 pour usage de stupéfiants et alcoolémie excessive.

Ces hausses traduisent la mise en place progressive du dispositif mais la complexité du dispositif de dépistage des stupéfiants est soulignée par tous et elle n'incite pas les forces de l'ordre à mener des contrôles (par comparaison, 11 millions de contrôles d'alcoolémie ont été menés en 2006, dont 9 061 804 de façon préventive – sans constat d'accident ou d'infraction – et 166 128 infractions de conduite sous l'emprise d'alcool ont été enregistrées).

Les condamnations en 2005.

En 2004, 601 condamnations pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants ont été prononcées. En 2005, leur nombre passe à 3 325, auxquelles s'ajoutent 2 553 infractions pour conduite sous l'emprise de stupéfiants et alcool et 155 cas de blessures ou homicides involontaires par des conducteurs ayant consommé des stupéfiants. On compte enfin 52 condamnations pour refus de se soumettre aux analyses ou examens prévus par la loi.

Tableau 8.4. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2005.

	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	3 325	1 769	1 015	523	14	4
Conduite d'un véhicule en ayant fait usage de stup	2 553	1 208	908	425	8	4
Conduite d'un véhicule en ayant fait usage de stup. + état alcoolique	562	394	89	74	5	0
Blessures ou homicide invol. par conduct. ayant fait usage de stup	155	139	5	11	0	0
Refus par le conduct. d'un véhicule de se soumettre aux analyses ou examens	52	26	13	13	0	0

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

53 % 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 30 % 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.

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 à 13 %) et surtout en cas d'homicides involontaires, toutes sanctionnées par un emprisonnement, ferme à 60 % et pour une durée moyenne de 14 mois.

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 :

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

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

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

l'Administration pénitentiaire prévoit depuis 1996 la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenus.

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

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

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

Il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution (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 toutes les dépendances et des personnes qui, sous couvert d'activités licites, se livrent à du prosélytisme ayant pour effet d'inciter à la consommation de stupéfiants ou d'alcool.

Les enquêtes sociales et de personnalité (sur les individus interpellés) doivent permettre une individualisation de la décision judiciaire et le choix de la mesure la plus appropriée. La diversification des réponses pénales est mise en avant : 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.

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

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

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

9.1 Intégration sociale

Pas de nouvelle information disponible.

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

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*"²⁶. 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 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

²⁶ 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

drogue et la toxicomanie (MILDT)²⁷. 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%).

²⁷ Disponible sur le site 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 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, SINTES, qui recueille principalement des informations sur les compositions, mais aussi sur les prix.
- Les données des services répressifs (police, douane, gendarmerie proviennent du fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAIS) 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 Baromètre Santé).
- 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 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 détaillées ci-après exposent les principales tendances observées par le dispositif TREND sur l'ensemble de l'année 2006.

Héroïne

En France, la forme dominante d'héroïne en circulation est la base, dite « brune », la forme chlorhydrate dite « blanche » étant quant à elle beaucoup plus rare.

Pour la première fois depuis 1999, les observateurs appartenant au dispositif TREND sont presque unanimes pour constater une hausse importante de la disponibilité de l'héroïne dans les deux espaces d'investigation (espace urbain et espace festif). Dans le nord de la France, il semblerait même que, dans le cadre des trafics de rue, l'héroïne brune soit plus présente que le cannabis.

Dans les milieux festifs alternatifs proches du courant « techno », l'usage d'héroïne brune, dans le cadre de la gestion de la phase dite de « descente » consécutive à la prise de stimulants, est plus visible. Ces constats vont de pair avec l'observation d'un renouvellement des populations consommatrices, celles-ci relevant notamment de milieux sociaux plus favorisés et plus jeunes contrairement aux consommateurs traditionnels.

Buprénorphine haut dosage (Subutex®)

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite dans le cadre de traitement de substitution à l'héroïne. Depuis son autorisation de mise sur le marché en 1996, s'est constitué au fil des ans un marché parallèle du médicament qui touche des populations précaires. En 2005, les pouvoirs publics ont adopté des mesures visant à encadrer plus sévèrement la prescription du traitement de substitution afin d'éviter la revente

dans la rue. Toutefois, il semble que ces mesures n'aient pas affecté le dynamisme du marché parallèle. En 2006, le Subutex® apparaît toujours aussi disponible dans les milieux marginalisés, en témoigne, entre autres, le fait que le prix médian du comprimé de 8 mg soit retombé à 3 euros après une brève flambée en 2005.

Cocaïne

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate est un produit très disponible. En 2006, sa disponibilité s'accroît encore quel que soit l'espace d'investigation (urbain ou festif). Ce mouvement est porté par une restructuration qui voit les réseaux de deal de cannabis ou d'héroïne se reconvertir dans la vente de cette substance ou l'adjoindre à côté de l'héroïne et du cannabis. Dans certains quartiers populaires, la cocaïne, à l'instar de ce qui se passe pour l'héroïne, est désormais plus présente que le cannabis.

La forme base est présente également mais circule sous deux appellations différentes : « free base » et « crack ». Le « free base » est consommé dans des milieux sociaux différents que ceux qui consomment le crack. Alors que ce dernier est présent dans des milieux d'usagers très marginalisés et circonscrits à des zones géographiques très précises (Paris, Guyane et Martinique), le « free base » est consommé essentiellement dans des populations proches de l'espace festif (nomades, voyageurs). Il semblerait que la consommation du « free base » soit en augmentation et toucherait de nouvelles populations soucieuses d'expérimenter un mode d'administration autre que le sniff et d'éprouver des sensations plus radicales (l'inhalation du « free base » prodiguant des effets proches de l'injection intraveineuse). Il semblerait aussi que ce mode d'administration soit considéré comme moins dangereux que le sniff.

Ecstasy, amphétaminiques et autres drogues de synthèse

L'ecstasy est disponible sous trois formes principales : comprimé, gélule et poudre. Selon que l'ecstasy se présente sous telle ou telle forme sa disponibilité selon les types d'évènements varient. Ainsi, les formes « comprimé » et « gélule » sont très répandues dans l'espace festif commercial des clubs et des discothèques, tandis que la forme « poudre » circule plus volontiers dans les milieux dits « alternatifs » ou « underground ». Dans la continuité des années précédentes, il apparaît que la forme « poudre » est de plus en plus disponible. Ce phénomène exprimerait une lassitude des usagers vis-à-vis de la forme « comprimé ». Il semble en effet que de plus en plus de consommateurs se plaignent, à tort ou à raison, de la piètre qualité des comprimés d'ecstasy en circulation. A cela s'ajoute un effet lié à la mode qui voit cette forme se « ringardiser » en quelque sorte. L'usage de poudre, circulant sous l'appellation « MDMA », permettrait de se distinguer de la masse des *teuffers*.

Certains sites du dispositif TREND signalent l'apparition d'une quatrième forme dite « cristal ».

Hallucinogènes

En France, le LSD est disponible sous deux formes : buvards (imprégnés de liquide), micro-pointes. Depuis un an, certains observateurs font état de l'émergence d'une troisième forme dite gélatineuse. Il semblerait que cette troisième variante toucherait un public plus jeune que celui des usagers habituels de LSD.

En 2006, la plupart des sites signalent un certain retour de la disponibilité du LSD, notamment dans le milieu des raves et des free parties.

10.2 Saisies

En 2006 une baisse du nombre des saisies effectuées par les services de police, gendarmerie et douane est enregistrée : 78 287 saisies, contre 86 932 en 2005 (-6,7 %). De même les quantités saisies sont en baisse pour de nombreux produits (Office Central Pour La Répression Du Trafic Illicite Des Stupéfiants (Ocrtis) 2005). Cette baisse rompt avec une tendance à l'augmentation enregistrée ces dernières années.

L'analyse par produit pour 2006 laisse apparaître les évolutions suivantes :

- Baisse des saisies de cannabis en nombre (-8 %), nettement plus marquée sur les quantités (-17 % par rapport à 2005). La baisse des saisies de cannabis porte majoritairement sur la résine, enregistrant une baisse de près de 19% en 2006.
- Baisse plus importante des saisies de crack (-36 % de saisies réalisées par rapport à 2005 et -19 % en quantités saisies).
- Les saisies d'ecstasy retrouvent leur niveau d'avant 2005 avec près de 1 500 000 doses saisies. L'année 2005 avait enregistré une baisse de 56% des saisies d'ecstasy.
- Une hausse des saisies de cocaïne de 96% en quantités, passant de 5 186 kg saisis en 2005 à 10 166 en 2006.
- 1 051 kg d'héroïne ont été saisis contre 749 kg en 2005 (+40%), le plus important volume saisi. 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.
- Les saisies d'amphétamines de 2006 ont diminué de 30% par rapport à 2005.

Tableau 10.1. Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites en France, 2005-2006.

	2005		2006		Évolution (en %)	
	Nb	Qté	Nb	Qté	Nb	Qté
Cannabis (kg)	73 986	86 603	68 049	71 762	-8 %	-17 %
résine	62 396	83 471	57 848	67 892	-7 %	-19 %
herbe	10 202	3 062	10 201	3 774	0 %	23 %
Héroïne (kg)	3 242	749	3 212	1 052	-1 %	40 %
Cocaïne (kg)	3 278	5 186	3 135	10 166	-4 %	96 %
Crack (kg)	687	11	441	9	-36 %	-18 %
Amphétamines (kg)	317	111	232	78	-27 %	-30 %
Ecstasy (doses)	1 620	833 648	924	1 488 919	-43 %	79 %
Champignons hall. (kg)	195	26	120	15	-38 %	-42 %
Total	83 932	--	76 113	--	-7%	--

Source : FNAIS, OCRTIS 2006.

Origine et destination des principaux produits saisis en France :

L'OCRTIS signale dans sa synthèse :

- pour justifier l'augmentation des saisies de cocaïne, une augmentation de l'offre sud-américaine de cocaïne sur les marchés européens. La France demeure un pays de transit (17 % de la cocaïne saisie est destinée au marché français)

- que la hausse des saisies d'héroïne s'explique par la forte augmentation des saisies en transit, à destination principalement du Royaume-Uni ; « l'activisme des réseaux de trafics (turcs, albanais, chinois) et la reprise importante de la production en Afghanistan font craindre une recrudescence de l'offre » ; l'héroïne saisie provient principalement de la Turquie (30 % du volume total des saisies), la Belgique apparaît comme le deuxième pays source en 2006, pour 19 % des saisies d'héroïne, enfin 18,2% de l'héroïne saisie proviennent des Pays-Bas.
- la forte baisse des saisies d'ecstasy s'explique par l'absence ou presque de grosses saisies, à l'inverse des années précédentes. Les Pays-Bas sont le premier pays fournisseur (84% des comprimés saisis), 45% du volume total saisi est à destination de l'Espagne, et 29% est destiné au marché français.

Tableau 10.2. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2003-2006.

	2003		2004		2005		2006	
	Nb ⁽¹⁾	Qté ⁽²⁾						
Cannabis (kg) ⁽³⁾		82 512	75 770	107 748	73 986	86 603	69 525	71 762
résine		78 347	63 701	103 705	62396	83 471	57 848	67 892
herbe		3 994	10 205	3 932	10202	3 062	10 201	3 774
pieds		84	1 492	81	1141	54	1300	36
huile		49	26	3	15	2	22	2
graine		38	346	26	232	14	154	58
Héroïne (kg)	2 560	545	2 828	558	3 242	749	3 212	1 052
Cocaïne (kg)	2 636	4 172	3 175	4 484	3 278	5 186	3 135	10 166
Crack (kg)		12	761	18	687	11	441	9
Amphétamines (kg)	181	274	252	76	317	111	232	78
Méthamphétamines (kg)		4	0	0			2	
Ecstasy (doses)	1 864	2 211 727	2 135	1 893 226	1 620	833 648	924	1 488 919
LSD (doses)		10 383	101	19 374	99	6 323	78	5 589
		Nb(1)	Nb(1)		Nb(1)		Nb(1)	
Ensemble des produits		76 124	85 810		83932		78287	
Evolution base 100 en 1998		159,8	180,1		176.2		164.3	

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

Source : FNAIS, OCRTIS.

10.3 Prix, pureté

Cannabis

En 2005, le prix moyen de l'herbe de cannabis s'établit à 6,4 euros le gramme, ce qui constitue une légère augmentation par rapport aux années précédentes. 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, 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.

Héroïne

En 2006, le prix moyen de l'héroïne brune se situerait autour de 40 euros le gramme.

Cocaïne

En 2006, le prix médian d'un gramme de cocaïne est de 60 euros. Celui-ci reste stable par rapport à l'année 2004. Le prix moyen, quant à lui, se situe légèrement en dessous de la barre des 60 euros soit le prix le plus bas jamais enregistré depuis six ans.

PARTIE B: ECLAIRAGES SPECIFIQUES.

11. Les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites en France.

Introduction.

La mise en relief des coûts supportés par la collectivité imputables à la consommation de drogues licites ou illicites est nécessaire. D'une part, elle aide à dégager les coûts des politiques publiques mises en place dans la lutte, la prévention et les soins des toxicomanies mais aussi les coûts indirects issus de la consommation de substances psychoactives comme par exemple les pertes de revenu ou de productivité. D'autre part et de façon conséquente, cette mise en relief permet de guider les évaluations, *via* des analyses de type coûts-bénéfices, des programmes visant la prise en charge des toxicomanies, qu'elles soient judiciaires ou sanitaires et permet par là même d'éclairer la décision publique.

Dans ce cadre d'analyse du coût social des drogues, l'examen approfondi des dépenses des administrations publiques engagées dans la lutte, la prévention et les traitements sanitaires des toxicomanies est entrepris depuis quelques années par de nombreux pays. Cette volonté d'analyse prend tout son sens dans la mesure où les dépenses publiques liées aux drogues sont effectivement un outil efficace de dissuasion à la consommation de drogues (Saffer et al. 2001). Alors, impulsée par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), dans un souci d'harmoniser le recueil des données concernant les dépenses publiques engagées du fait des drogues illicites et suite à une étude exploratoire (Kopp et al. 2003), une méthodologie commune à l'ensemble des pays européens semble voir le jour (Reuter et al. 2004), (Reuter 2006). Certains conflits de méthode, telle l'opposition entre les approches *top-down* et *bottom-up*, ne sont toutefois toujours pas tranchés (Potsma 2004)²⁸.

En France, les dépenses publiques engagées dans la lutte, la prévention et les soins des toxicomanies ont déjà fait l'objet d'études. (Rosa 1994) et (Rosa 1996) s'intéressaient au coût social de la consommation de tabac et à son impact économique sur les finances publiques.²⁹ En 1998, Pierre Kopp et Christophe Palle exploraient la possibilité d'une mesure du coût des drogues illicites et en 2000, Kopp et Fénoglio élargissaient le champ d'investigation de cette problématique en considérant non pas uniquement les drogues illicites mais l'alcool et le tabac également. Du fait de la controverse sur les résultats avancés par les études de coût social du tabac (Kopp et al. 2000; Rosa 1996), une analyse coûts-bénéfices des drogues et en particulier du tabac venait démontrer l'impact négatif de la consommation de tabac - et celle des drogues illicites - sur les finances publiques (Kopp et al. 2004). Le coût des traitements imputables à la consommation de drogues licites et illicites était détaillé en 2005 (Kopp et al. 2006a) et enfin les dépenses publiques mises en œuvre dans le cadre de la lutte et de la prise en charge des drogues licites et illicites en France étaient scrupuleusement évaluées (Kopp et al. 2006b). Les dépenses des administrations

²⁸ L'approche *Top-down* se propose, afin de comptabiliser les dépenses publiques imputables aux drogues illicites, de partir des budgets totaux des administrations et, grâce à des clés d'imputation, de calculer les montants imputables à l'action considérée (dans notre cas la prévention, le soin ou la répression des drogues illicites). L'approche *Bottom-up*, quant à elle, cherche à prendre en compte les fonds directement utilisés pour la mise en œuvre de l'action considérée. À titre d'exemple, si la sécurité routière est l'action considérée, la première des approches consiste à partir du budget total de la sécurité intérieure et de trouver une clé d'attribution, alors que la seconde préconise d'évaluer les heures travaillées par les forces de police sur les bords des routes, compter et valoriser les éthylotests et les embouts d'éthylotest utilisés, etc.

²⁹ Le tabac étant la substance psychoactive la plus consommée en France.

publiques qu'elles soient explicitement budgétisées « drogues » ou imputables aux drogues illicites étaient estimées à 1 509,5 millions d'euros en 2003 (Kopp et al. 2006b).

La présente étude a pour ambition de réactualiser les évaluations des dépenses des administrations publiques françaises engagées dans la lutte, la prévention et les soins liés aux drogues illicites pour l'année 2005. Ce travail se démarquera des études françaises précédentes sur deux points. Premièrement, la présentation des dépenses, dans une optique d'harmonisation européenne, ne sera pas ventilée par administrations et par substances mais par labellisation des budgets publics et dépenses imputables. Deuxièmement, l'approche retenue de comptabilisation des dépenses se fera selon un suivi *top-down* plutôt que *bottom-up* tel que l'ont pratiqué (Kopp et al. 2006b) (voir (Potsma 2004). Ce changement de méthode permettra de confronter les résultats et de jauger leur cohérence.

Dans un premier temps alors, sont recensés les budgets publics spécifiquement dédiés aux toxicomanies, puis dans un second temps, sont estimés les coûts des actions menées par les différentes administrations imputables aux drogues illicites (mais non spécifiquement labellisées).

2. Administrations et dépenses publiques spécifiquement dédiées à la lutte, au soin et à la prévention des drogues illicites.

Les administrations engagées dans la lutte, la prévention et les soins des toxicomanies peuvent être différenciées selon ces trois volets. Il ressort toutefois que les crédits budgétaires alloués aux drogues illicites ne sont que rarement explicitement indiqués.

État des budgets publics des administrations concernées par les drogues illicites.

Avant de détailler les crédits budgétaires labellisés «drogues », il convient d'identifier les ministères éligibles à cette étude à travers les actions qu'ils peuvent entreprendre.

Identification des ministères.

La lutte contre les drogues illicites est menée conjointement par le ministère de la défense nationale, le ministère de l'intérieur et celui de la justice grâce aux actions respectives de la gendarmerie nationale, de la police nationale, des services judiciaires et pénitentiaires. Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie participe lui aussi à la lutte contre les drogues illicites dans la mesure où la Direction Générale des Douanes et Droits Indirects (DGDDI) dépend de ce ministère. Enfin, bien qu'il soit difficile de l'y associer catégoriquement, le ministère des affaires étrangères se retrouve aussi impliqué dans la lutte engagée contre les drogues illicites *via* les coopérations internationales qu'il entreprend contre le trafic international de stupéfiants.

Les administrations soutenant des actions de prévention de la consommation de substances psychoactives illicites sont difficiles à identifier. Néanmoins, le ministère de l'éducation nationale, avec le travail des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), participe à des actions de prévention des conduites addictives. Il en est de même du ministère de la jeunesse et des sports.³⁰

Enfin, le volet sanitaire mais aussi préventif est mis en œuvre par le ministère de la santé et des solidarités.

³⁰ La Police nationale et la Gendarmerie nationale participent aussi à des actions de prévention. Non seulement les fonds engagés dans ces actions ne semblent pas être importants mais il est de plus difficile de dégager les actions concernant les drogues illicites des drogues licites (avec en particulier l'alcool et la prévention routière). Pour ces raisons, ces dépenses ne seront pas comptabilisées dans la présente étude.

Le tableau suivant présente les budgets totaux de ces ministères en 2005.

Tableau 11.1. Budget des ministères engagés dans la lutte, la prévention et les soins liés à l'usage de drogues illicites, France, 2005.

En euro	Budget 2005*
Ministère des Affaires Etrangères	4 275 479 596
Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants	45 926 274 392
Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur	72 561 049 685
Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie	62 756 651 581
Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire	13 863 121 461
Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative	531 790 099
Ministère de la Justice	5 265 116 740
Ministère de la Santé et des Solidarités	10 824 231 923
Budget total de l'Etat	281 585 501 260

* Crédits de Paiement

C'est dans les budgets de ces ministères que les dépenses publiques labellisées « drogues » vont être recherchées.³¹

Les budgets « drogues ».

Le Ministère de la santé et des solidarités participe à la prise en charge et à la prévention des pratiques addictives. On retrouve les budgets affectés à ces problématiques dans le volet « Santé Publique et Prévention » au titre de l'action n° 2 « Déterminants de santé ». Plus précisément, l'intitulé de cette ligne budgétaire est « Lutte contre les pratiques à risques », qui s'est vue créditer de 25,8 millions d'euros en 2005. 8 % de ces crédits sont du ressort de l'administration centrale, les 92 % restants étant déconcentrés.

L'administration centrale répartit ces crédits en finançant des associations de réduction des risques, de professionnels de santé.... Pour les services déconcentrés, ces crédits permettent de soutenir des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie comme les réseaux toxicomanie ville-hôpital, les structures d'accueil pour toxicomanes en grande précarité, les unités pour sortants de prison, les ateliers d'aide à l'insertion, les programmes d'échange de seringues, etc.

Il est à souligner qu'aussi bien au niveau national qu'au niveau déconcentré, ces actions sont en lien étroit avec la problématique du VIH.

Le ministère des affaires étrangères concourt à la problématique des drogues illicites dans le monde par le financement de diverses organisations européennes et internationales. C'est dans les lignes budgétaires relatives aux contributions volontaires faites au titre de la coopération internationale que l'on retrouve ces budgets. En 2005, la France, *via* le ministère des affaires étrangères, a participé à la coopération internationale à hauteur de 244,5 millions d'euros. Le groupe Pompidou, la Commission Interaméricaine de lutte Contre l'Abus des Drogues (CICAD) et le Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues (PNUCID) ont reçu des subventions issues de ces contributions volontaires. Pour l'année 2005, les contributions exactes que ces organismes ont perçues n'ont malheureusement pas pu être précisées. En 2003 toutefois, elles s'élevaient à 1,03 millions d'euros pour le PNUCID et à 20 000 euros pour le groupe Pompidou mais sur financement de la MILDT pour ce dernier (voir ci-après). Aucune information n'est disponible quant au

³¹ Sont généralement disponibles trois types de documents administratifs : les budgets prévisionnels, les budgets votés et les budgets dépensés. Il s'agit ici des budgets votés.

financement de la CICAD. Les 1,03 millions d'euros alloués en 2003 au PNUCID sont donc retenus comme financement spécifiquement alloué à la thématique des drogues illicites pour le ministère des affaires étrangères pour 2005.

Concernant le ministère de l'éducation nationale, les budgets des CESC impliqués dans la prévention des conduites addictives des jeunes scolarisés sont délicats à identifier. Il ressort en effet que bon nombre de leurs actions sont financés sur projet par la MILDT (voir ci-après), les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ou l'Assurance Maladie. Il est en outre impossible de savoir si ces actions concernent les drogues licites ou illicites. Le financement des CESC du ministère de l'éducation nationale n'est donc pas pris en compte dans cette étude, ceci afin d'éviter tout double compte. Il en est de même des actions du ministère de la jeunesse et des sports.

Dans les comptes des autres ministères, aucune ligne budgétaire n'est explicitement attribuée aux drogues illicites ou aux toxicomanies. C'est avec un calcul d'imputation que les efforts budgétaires de ces ministères pourront être mis en exergue. Auparavant, il s'agit de considérer les dépenses des administrations et des opérateurs publics autres que les ministères, à savoir principalement la MILDT et l'Assurance Maladie.

La MILDT et l'Assurance Maladie.

Les crédits budgétaires identifiables comme étant spécifiquement alloués à la lutte, à la prévention et aux soins des toxicomanies ne se retrouvent pas uniquement dans les budgets ministériels en tant que tels. En effet, la MILDT et l'Assurance Maladie centralisent bon nombre de postes budgétaires alloués aux drogues illicites.

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies.

Le budget de la MILDT est inscrit au programme « Drogues et Toxicomanies » du ministère de la santé. Ce sont au total 39,3 millions d'euros qui sont affectés à cette institution en 2005. Une partie des crédits de la MILDT sont réorientés vers les ministères engageant des actions sur la thématique des addictions. C'est dans ces lignes budgétaires à destination des ministères qu'apparaissent les efforts des différentes administrations dans la lutte, la prévention et le soin liés à la consommation de drogues illicites. Ces dernières ne sont toutefois pas explicitement labellisées « drogues ».

Les budgets de la MILDT président aussi au financement de Groupements d'Intérêt Public (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Drogues Alcool Tabac Info Service) et d'organismes locaux (Centres d'Informations Régionaux sur les Drogues et les Dépendances). Ils subventionnent aussi certaines associations locales et opérateurs oeuvrant dans le domaine des toxicomanies.

Il n'en reste pas moins qu'une importante partie des dépenses publiques se retrouve dans les remboursements faits par le système français de sécurité sociale.

L'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie a depuis le 1^{er} janvier 2003 d'une part la charge du financement des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) (Circulaire n° 2004-395) et depuis le 1^{er} janvier 2006 celle des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) (Circulaire n° 2006-493). Elle rembourse d'autre part les médicaments nécessaires aux traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Il suffit de prendre connaissance des financements de l'Assurance Maladie concernant les CSST et les ACT, ainsi que de structures récemment mises en place - les consultations cannabis - puisque les CCAA sont hors du champ de notre étude et les CAARUD étaient financés par les budgets du Ministère de la Santé et des Solidarités avant 2006.

Le financement en 2005 de ces structures de soins aux toxicomanes s'est élevé à 162,3 millions d'euros, réparti comme suit : 141,7 millions pour les CSST, 17 pour les ACT et 3,6 millions d'euros pour les consultations cannabis. De plus, ce sont un peu moins de 87 millions d'euros qui ont été remboursés par la Sécurité Sociale au titre des médicaments de substitutions aux opiacés (Assurance Maladie 2006).

Au total, ce sont alors 249,3 millions d'euros qui ont été explicitement dévolus aux traitements des toxicomanies par l'Assurance Maladie.

D'autres opérateurs, tels que l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) ou l'Institut National du Cancer (INCa), interviennent en France dans le domaine des addictions aux drogues illicites. Comme pour les centres de recherches, à l'instar de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ou des universités, les budgets ne sont que rarement spécifiquement alloués aux drogues illicites. Ces derniers ne sont alors pas incorporés dans la présente étude.

3. Les dépenses publiques attribuables à la lutte, au soin et à la prévention des drogues illicites.

Les fractions attribuables mises en relief serviront à faire ressortir les parts des budgets publics imputables aux drogues illicites.

Les fractions attribuables des budgets publics aux drogues illicites.

La part des budgets publics non labellisés « drogues » mais toutefois consacrée aux drogues illicites doit être mise en relief. Pour ce faire, sera adoptée l'approche *top-down* préconisée par l'OEDT qui s'appuie sur la méthodologie suivante : les dépenses non labellisées « drogues » d'une administration imputables aux drogues illicites sont égales aux dépenses de cette administration multipliées par la fraction de ce budget attribuable aux substances psychoactives illicites. Dès lors, la difficulté du présent exercice réside bien entendu dans la détermination des fractions attribuables.

La sécurité et l'ordre public

La fonction régaliennne de la sécurité et de l'ordre public se décompose selon les missions de la police nationale, de la gendarmerie nationale, de la DGDDI, de la justice et des services pénitentiaires. Pour chacune de ces missions, les fractions attribuables sont déterminées en fonction des activités des administrations respectives.

Afin de calculer la part imputable aux drogues illicites des budgets de la gendarmerie nationale et de la police nationale, il est supposé que les types d'infractions recensées dans les faits constatés retranscrivent le temps et les moyens financiers et humains accordés à ces mêmes infractions. Le tableau 2 montre que les Infractions à la Loi sur les Stupéfiants (ILS) représentent 4,35 % et 3,63 % du total des faits constatés respectivement par la gendarmerie et la police nationales. Ces parts seront utilisées comme fractions attribuables des drogues illicites aux budgets de la gendarmerie et de la police nationales.

Tableau 11.2. Part des Infractions à la Loi sur les Stupéfiants dans l'activité de la gendarmerie et la police nationales, France, 2005.

	Gendarmerie nationale	Police nationale
Total des infractions	1 039 378	2 736 460
Infractions à la Législation sur les Stupéfiants	45 219	99 342
<i>Dont</i> - Trafic / revente sans usage	1 083	5 025
- Usage - revente	7 065	9 131
- Usage	26 908	82 673
- Autres ILS	10 163	2 513
Part ILS/Faits constatés	4,35 %	3,63 %

Source : DCPJ (2005).

De la même façon, c'est avec l'activité «sur le terrain » des agents des douanes que la fraction attribuable aux drogues illicites du budget de la DGDDI est calculée. Les constatations faites par les fonctionnaires des douanes portent sur quatre principaux items (tableau 11.3) et la part des constatations concernant le trafic de stupéfiants représente 19,9 % des constatations totales. C'est cette part qui sera utilisée en tant que fraction attribuable.

Tableau 11.3. Part des constatations effectuées par les services de douane dans le cadre de la lutte contre les stupéfiants, France, 2005.

	Constatations
La lutte contre l'économie souterraine	23 254
La lutte contre la contrefaçon	11 419
La contrebande de tabac	10 112
Les circuits financiers clandestins	1 723
La lutte contre les stupéfiants	19 910
La protection du patrimoine	929
Le patrimoine naturel	719
La fiscalité écologique	158
Le patrimoine culturel	52
La lutte contre la délinquance économique et financière	55 995
La fraude commerciale : les produits industriels et agricoles	43 697
La fraude commerciale : les contributions indirectes	12 298
Total des constatations	100 088
Part Stupéfiants / Total	19,9 %

Source: DGDDI (2006).

Comme fraction des drogues illicites attribuable au budget de la justice (hors budget de l'administration pénitentiaire), l'activité des magistrats dans le domaine des drogues illicites est, par hypothèse, supposée traduire la charge que font supporter les drogues illicites sur le budget de la justice. Les données de 2005 ne sont malheureusement pas disponibles. Il est cependant possible de considérer une moyenne du taux d'activité des magistrats concernant les drogues illicites comme approximant la fraction attribuable désirée (tableau 11. 4).

Tableau 11.4. Condamnations pour ILS et nombre de saisines des parquets, France, 2000-2004.

	Saisines des parquets pour des affaires pénales	Condamnations relatives aux ILS	Part (%)
2000	5 007 674	22 831	0,46
2001	5 385 826	21 203	0,39
2002	5 501 482	21 777	0,40
2003	5 309 811	28 316	0,53
2004	5 399 181	31 497	0,58
Moyenne			0,47

Source: Ministère de la justice (2006).

Sera retenue la moyenne de 0,47 % comme la fraction attribuable aux drogues illicites du budget de la Justice (hors administration pénitentiaire).

Il y avait 5 718 condamnés pour ILS incarcérés en milieu fermé en France au 31 décembre 2005. Sur un total de 38 790, ces prisonniers représentaient une part de 14,74 % des condamnés incarcérés en 2005. Depuis 2001, cette part se situe dans une fourchette allant de 12 à plus de 15 % (Ministère De La Justice 2006). Alors, selon le principe énoncé, le taux de 14,74 % sera considéré comme fraction imputable des drogues illicites au budget de l'administration pénitentiaire.

La santé.

Comptabiliser les coûts des traitements pratiqués à l'hôpital et en médecine de ville remboursés par l'Assurance Maladie ou financés sur les budgets des hôpitaux en tant que dépenses publiques attribuables aux drogues illicites semblerait fallacieux pour cette présente étude.

Effectivement, bien que relevant assurément de la dépense publique, ces dépenses sont indirectement engagés du fait des conséquences néfastes de la consommation de substances psychoactives. Autrement dit, elles ne résultent pas d'une volonté politique clairement engagée, à l'instar des politiques de réduction des risques (médicaments de substitution, mise en place de structures de prise en charge des toxicomanes). Leur prise en compte s'apparenterait donc à un glissement vers une estimation de coût social.³²

Pourtant, certaines études sur les dépenses publiques engagées du fait des drogues illicites comptabilisent ces coûts sanitaires (Origer 2002). Ces études incorporant les coûts de traitement sont menés selon l'approche *Bottom-up*; il semble effectivement difficile de trouver des clés d'imputation convenant à l'approche *Top-Down*.

Cette estimation, déjà réalisée pour l'année 2003 en France, montrait que le coût des traitements des pathologies attribuables aux drogues illicites était estimé entre 573 et 632 millions d'euros; la plus importante part de ces dépenses étant attribuable aux maladies infectieuses, soit un peu plus de 80 % du total (Kopp et al. 2006b).

Ne pouvant mettre en évidence ces dépenses publiques dans le cadre de cette étude, les estimations de (Kopp et al. 2006b) sont alors actualisées en fonction du taux d'inflation. Sur cette base, en 2005, ce serait ainsi au total entre 605 et 668 millions d'euros qui auraient été

³² Effectivement, à ce titre, on pourrait penser que les pertes de prélèvement obligatoire dues aux décès prématurés attribuables aux drogues illicites sont de la dépense publique en ce que ce sont *in fine* des recettes non perçues.

consacrés aux traitements des pathologies liées à l'abus de drogues illicites. De ce total, les coûts hospitaliers représenteraient entre 278 et 296 millions d'euros ; les coûts en médecine de ville entre 327 et 372 millions d'euros.

N'ayant pu trouver des clés d'imputation pour le versant sanitaire des dépenses publiques liées aux drogues illicites, c'est vers le côté répressif qu'il faut désormais se tourner.

Les dépenses publiques imputables à la lutte contre les drogues illicites.

Les dépenses publiques induites par les drogues illicites sont obtenues par la multiplication des budgets publics des administrations concernées et des fractions attribuables respectives. Cependant, afin d'être le plus précis possible, il est retranché de ces budgets ce qui est explicitement attribuable à une autre mission. À titre d'exemple, dans les multiples missions du budget de la police nationale, il apparaît qu'une partie de ce budget est labellisée « sécurité routière ».³³ Il en est de même pour le budget de la gendarmerie nationale. De ce fait, les budgets de la police nationale et de la gendarmerie nationale, auxquels sont retranchées les missions de sécurité routière, multipliés par les fractions attribuables mises en relief par ailleurs (tableau 11.2) permettent d'obtenir les montants des budgets alloués aux drogues illicites. Le budget police attribuable aux drogues illicites est ainsi évalué à 275,8 millions d'euros, celui de la gendarmerie à 243,9 millions d'euros.

Pour sa part, la DGDDI a une double tâche : d'un côté, il s'agit d'une administration fiscale chargée de recueillir certaines formes d'impôt, notamment les taxes sur les produits soumis à accises (alcools, tabac, produits pétroliers) et de l'autre, c'est une administration en charge du contrôle et de la lutte contre la fraude. Ce dernier versant comprend évidemment la lutte contre les trafics de drogues. Le budget des douanes s'élevait à 517 millions d'euros en 2005 et les effectifs de la DGDDI étaient de 19 000 agents répartis en deux pôles d'activités, à savoir le contrôle des opérations commerciales et la surveillance du territoire et de ses points d'entrée. La moitié des effectifs douaniers est dévolue à cette dernière mission. Le budget total de l'administration douanière est alors divisé par deux pour ne traduire que les sommes budgétaires allouées à la répression des trafics, l'autre partie des effectifs douaniers se chargeant de la collecte de l'impôt. La fraction attribuable aux drogues illicites dans l'activité globale des douaniers « en uniforme » est évaluée à 19,9 % (tableau 3). Le budget des douanes attribué aux drogues illicites est donc estimé à 51,5 millions d'euros.

Le budget du Ministère de la Justice s'élevait à 5,26 milliards d'euros en 2005 dont 1,87 milliard était dévolu à l'administration pénitentiaire. C'est à partir des 3,39 milliards restant que les dépenses publiques en matière de justice attribuables aux drogues illicites sont évaluées. Toutefois, avant d'appliquer la fraction attribuable retenue (tableau 11.4), sont ôtées de ce budget les sommes allouées à la justice civile pour ne garder que les lignes budgétaires génériques et surtout pénales. Suite à ces soustractions et en appliquant la fraction attribuable de 0,47 %, les dépenses du ministère de la justice attribuables aux drogues illicites représenteraient 13,1 millions d'euros. Celles de l'administration pénitentiaire, en utilisant la fraction attribuable de 14,74 %, s'élèveraient à 270,2 millions d'euros.

³³ Il pourrait être tenu compte des budgets de sécurité routière dans la mesure où certaines drogues illicites commencent à faire l'objet de dépistage au volant. Leur montant, pour le moment, n'étant certainement que marginal comparé au total des budgets alloués à la sécurité routière, le choix a été fait de ne pas les prendre en compte.

Tableau 11.5. Budgets alloués à la lutte, à la prévention et aux soins liés aux drogues illicites, France, 2005 (millions d'euros).

Ministère / Administration	Action	Cofog	Classification Reuter 2006	Niveau	Montant
Ministère de la santé et des solidarités		7	1,2,4		25,8
	Subventions	07.4		Central	2,1
	Subventions	07.4		Regional	23,7
Ministère des affaires étrangères	Coopération internationale	02.3	3	Central	1,0
MI/LDT			1,2,3,4		39,3
	Crédits interministériels			Central	5,0
	Subventions			Central	12,0
	Subventions			Regional	21,0
	Fonds de concours			Central	1,3
Assurance Maladie			2,4	Regional	886,0
	TSO	07.1			87,0
	Centre de soins	07.3			162,3
	Hôpitaux	07.3			287,1
	Médecine de ville	07.2			349,6
Ministère de l'intérieur	Police nationale	03.1	3	Central	275,8
Ministère de la défense	Gendarmerie nationale	02.2	3	Central	243,9
Ministère de l'économie	DGDDI	03.2	3	Central	51,5
Ministère de la justice			3	Central	283,3
	Services judiciaires	03.3			13,1
	Services pénitentiaires	03.4			270,2
Total					1806,6

Source: OFDT.

4. Discussion.

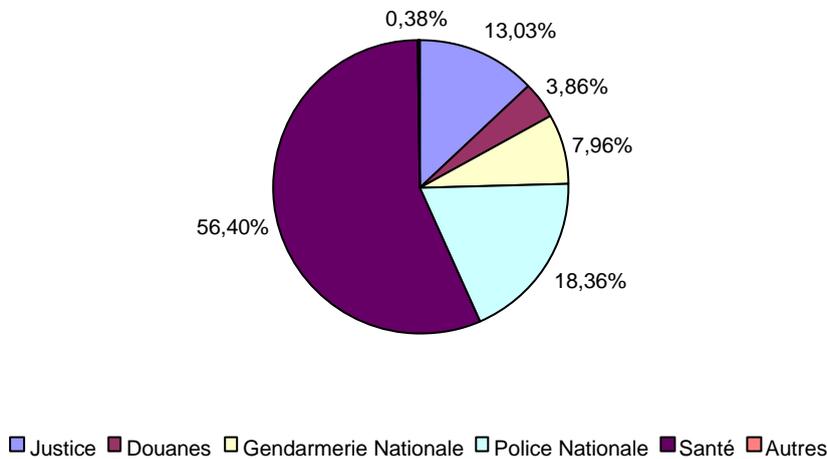
Au final, les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites en 2005 peuvent être estimées à 1 806,6 millions d'euros (tableau 11.5), soit environ 297 millions de plus que la dernière estimation de (Kopp et al. 2006a) et (Kopp et al. 2006b) pour l'année 2003. Cet écart peut s'expliquer par une éventuelle augmentation des dépenses publiques allouées aux drogues illicites *per se*. Mais si l'on compare les lignes de budgets recensées dans (Kopp et al. 2006a) avec celles de cette étude, aucune importante différence n'apparaît. Ces 297 millions d'écart peuvent alors être expliqués de façon plus réaliste par la différence de méthode d'estimation employée.

En effet, *a contrario* de la méthode *Top-down*, l'emploi d'une approche *Bottom-up* n'exige pas l'emploi de fraction attribuable pouvant mal retranscrire les parts effectivement attribuées aux actions concernant les drogues illicites. Le recensement des dépenses selon cette seconde approche semble ainsi plus précis mais favorise l'omission de certains budgets anonymes contribuant malgré tout aux politiques menées suites aux drogues illicites.

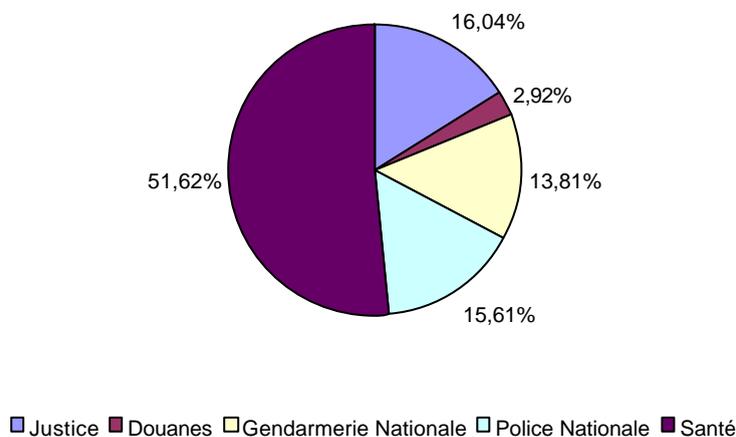
À titre d'exemple, concernant les services judiciaires, (Kopp et al. 2006a) arrivent à une estimation de 92 millions d'euros contre 13,1 pour notre part. De la même façon, les dépenses de l'administration pénitentiaire sont évaluées à 89 millions d'euros par Kopp et al. (2006a) alors que nos estimations s'élèvent à 270 millions d'euros. Il ressort toutefois des

graphiques 1 et 2 que les parts des postes de dépenses publiques imputables aux drogues illicites ne diffèrent que sensiblement.

Graphique 11.1. Répartition des dépenses publiques imputables aux drogues illicites selon Kopp et Fénoglio (2006a, 2006b), France, 2003.



Graphique 11.2. Répartition des dépenses publiques imputables aux drogues illicites selon cette étude, France, 2005.



Il est ainsi difficile de préconiser une approche plutôt qu'une autre ; l'approche *Bottom-up* présentant toutefois les défauts de ses qualités en ce qu'elle apparaît être beaucoup plus coûteuse en collecte d'informations.

Malgré ces différences, la confrontation de ces méthodes et de leurs estimations respectives laisse toutefois à penser qu'en France, le montant des dépenses publiques attribuables aux drogues illicites s'évalue entre 1,5 et 1,8 milliards d'euros. En gardant cette dernière estimation, ces dépenses représenteraient 0,1 % du produit intérieur brut français de 2005

ou encore 0,64 % du budget de l'État, soit une dépense de 29,70 euros par habitant ou encore une dépense de 10 036 euros par usager problématique de drogues illicites.³⁴

Remerciements.

Nous tenons à remercier Mesdames Marie-Claude Roisnard (OFDT), Monique Reuzé (MILDT) et Christelle Lemieux (DGS) pour toutes les informations et éclairages concernant la comptabilité publique qu'elles ont pu nous apporter pour la réalisation de ce travail. Doivent aussi être remerciés Julie-Émilie Adès, Laurence Callard, Éric Janssen, Hélène Martineau et Isabelle Michot pour leurs remarques et judicieux commentaires.

³⁴ En retenant le chiffre de 180 000 usagers problématiques de drogues (OFDT 2006).

12. Vulnerable groups of young people.

Avant propos.

L'attention de l'OEDT a été attirée depuis quelques années, au travers des différents rapports nationaux publiés, par le terme récurrent d'usages de drogues des populations dites jeunes et vulnérables. La principale difficulté de l'analyse réside dans la définition de cette notion de vulnérabilité, couvrant de nombreuses facettes et n'ayant pas fait l'objet d'une définition standardisée, chaque étude sur le sujet en posant plus ou moins librement ses propres limites. Qu'entend-on par vulnérabilité?

A ce titre, trois grands axes se détachent: s'agit-il de groupes d'individus présentant des caractéristiques spécifiques qui les exposent plus particulièrement à un risque – ici, l'usage régulier ou problématique de substances psychoactives? Désigne-t-elle une population qui au contraire est déjà passée à l'acte et a expérimenté, se trouvant en situation de détresse psychologique, sociale, économique et/ou sanitaire? Ou bien encore des (ex-)usagers en cours de prise en charge mais qui, tout au long de ce processus complexe, présentent encore une fragilité certaine les exposant à une rechute?

Chacune de ces questions est valide en soi, et illustre la diversité des populations définies comme vulnérables. En outre chaque approche propose des sources d'information et une méthodologie qui leur sont propres, et qui seront présentées. On ne saurait donc en hiérarchiser l'intérêt, et moins encore justifier le choix d'une des possibilités énoncées plutôt qu'une autre. Cette décision sous-tend l'organisation choisie, à travers laquelle sont déclinés les apports quantitatifs des enquêtes en population générale; du qualitatif via les résultats du dispositif TREND; et ceux du recueil de données RECAP.

I. L'apport des enquêtes en population générale.

Grâce aux enquêtes régulièrement menées en population générale adolescente, on sait aujourd'hui que les expérimentations de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy ont vu leur niveau progresser depuis 2000 au point que, pour le cannabis, la France se situe en tête des pays européens. En 2005, à 17 ans, quatre adolescents sur dix en ont fumé au cours de l'année passée et 5% en fument tous les jours (+25% d'augmentation par rapport à 2003). De même, le niveau d'expérimentation de la cocaïne a quasiment triplé entre 2000 et 2005 pour atteindre 2,5 %, si bien que ce produit fait désormais partie, avec le cannabis, le poppers, l'ecstasy et les amphétamines, des produits les plus expérimentés à la fin de l'adolescence, souvent consommés dans des contextes festifs.

Les usages de drogues licites et illicites apparaissent de plus en plus précoces : l'âge moyen d'expérimentation de la cigarette s'est abaissé ces dernières années, alors même que le tabagisme baisse, et l'âge moyen d'expérimentation du cannabis est passé de 15,3 ans pour les jeunes de 17 ans interrogés en 2000 à 15,1 ans en 2005 ($p < 0.05$) (Beck et al. 2000, Legleye et al. 2007). Or la précocité est reconnue depuis longtemps comme un des éléments les plus prédictifs de la survenue d'abus ou de dépendances ultérieures (Aarons et al. 1999; Robertson et al. 1996) et un déterminant important de problèmes sociaux et de santé majeurs, notamment par la perturbation des compétences sociales qu'elle induit (Kandel 1996; Kandel et al. 1986; Pandina et al. 1990; Pandina et al. 1983).

Cependant, si l'expérimentation de drogues croît, rares sont les jeunes qui développent une dépendance. Pour les usagers occasionnels qui ne poursuivront pas leur « carrière » d'usagers au-delà de l'adolescence, les risques sont liés à la survenue d'un accident (routier, par exemple), à des problèmes avec la police et la justice, ou encore à des relations sexuelles non protégées sous l'emprise de l'alcool ou de drogues illicites. Pour les autres, qui représentent une minorité, la consommation s'intensifie et peut engendrer des problèmes de santé et des difficultés sociales caractéristiques des parcours de toxicomanie. Les

recherches ont identifié une série de facteurs de risque (ou de vulnérabilité) qui peuvent favoriser ce basculement, liés à des caractéristiques individuelles (troubles mentaux) ou familiales et environnementales, souvent corrélées les unes aux autres (Hawkins et al. 1992; Lloyd 1998; Petraitis et al. 1998). Certaines approches vont au-delà de cette définition, en considérant les usages de drogues comme un facteur de vulnérabilité en soi. Ainsi, en 1998, le Haut Comité de la Santé Publique identifiait, parmi les situations de vulnérabilité, les « conduites de consommation » de produits psychoactifs, classées parmi les conduites à risque, soulignant que les adolescents seraient par nature vulnérables et que les effets de cette vulnérabilité primaire viendraient se cumuler aux effets dommageables imputables à l'usage de drogues (Haut Comité De La Santé Publique 1998).

La vulnérabilité est une notion relationnelle, relative et volatile, difficile à définir. Appliquée à un groupe social, elle se comprend en référence à d'autres groupes sociaux qu'on suppose moins vulnérables. Cette relativité intrinsèque se double d'une relativité quant au type de risques encourus : un groupe n'est vulnérable que relativement à un autre groupe et à certains risques ou à certains dangers qui ne sont pas toujours clairement explicités. Par ailleurs, en pratique, la notion de vulnérabilité est couramment utilisée pour désigner l'écart qui sépare un individu ou un groupe social d'une norme de « stabilité » collectivement admise, qui relève du « sens commun ». Troisièmement, parce qu'elle décrit un rapport au risque, au sens moderne du terme (Beck, Ulrich et al. 2003d; Peretti-Watel, Patrick 2001), la vulnérabilité renvoie à la fois à la fréquence d'exposition au risque (c'est-à-dire la probabilité d'occurrence d'un problème ou de survenue d'un danger) et à la gravité des dommages associés. Ainsi, cette notion ne distingue pas la fréquence d'un problème et sa gravité. Un groupe peut donc être vulnérable parce qu'il est plus exposé à un problème qu'un autre, mais aussi parce que les individus qui le composent disposent de moins de ressources pour y faire face ou pour en minimiser les conséquences, ou bien les deux à la fois. Enfin, c'est une notion volatile car elle n'est vraie qu'à un moment donné de l'existence individuelle et en l'état donné d'un ordre social, par nature changeants et réfractaires à une définition *a priori*.

Par conséquent, devant la difficulté de délimiter la notion de vulnérabilité, nous avons principalement retenu d'identifier les facteurs associés aux usages de drogues à l'adolescence, considérée par les pouvoirs publics comme une période-clé de la vie au cours de laquelle une intervention extérieure peut être déterminante. Ce travail s'est appuyé sur un double attendu. Il considère que l'usage régulier de certaines drogues comme l'alcool et le cannabis mais aussi l'expérimentation d'autres produits comme la cocaïne et l'héroïne, à ce stade de la vie, est un marqueur de vulnérabilité ou un risque en soi (pour la santé, l'insertion sociale mais aussi vis-à-vis de la police et de la justice) et que certaines caractéristiques sociales et familiales accroissent l'exposition. Le concept de vulnérabilité est rapproché, dans ce sens, de la notion de sur-risque³⁵. Dans un deuxième temps, le concept sera abordé sous un autre angle, celui des conséquences probables de l'exposition : une tentative d'analyse sera proposée à travers la mesure des inégalités en termes de santé mentale et de prise en charge de celles-ci : cette mesure exploratoire s'emploiera à définir des critères de vulnérabilité, du point de vue de la gravité des dommages résultant d'une exposition.

Enfin, ce travail présente une réflexion sur les limites des enquêtes à travers l'exploration des non réponses : celles sur les usages de drogues qui s'avèrent liées à des profils sociaux et scolaires défavorisés, et celles permettant d'inférer des lacunes en compétences scolaires de base comme la lecture et l'écriture qui se révèlent être fortement corrélées à des niveaux d'usage de drogues très élevés.

La discussion proposera néanmoins une critique de la notion de vulnérabilité, en essayant de décrire les logiques d'argumentation qui la légitiment.

³⁵ C'est dans ce sens d'ailleurs que l'emploi le Conseil de l'Union européenne dans sa résolution encourageant le développement, par les États membres, d'une observation et d'une stratégie de repérage précoce des groupes vulnérables, c'est-à-dire ceux considérés comme étant plus exposés que les autres au risque de développer des problèmes de toxicomanie (5034/4/03 – Cordroque 1 du 13 juin 2003).

I.2 Facteurs socio-économiques liés à l'usage de drogues à l'adolescence.

I.2.1 Les bons élèves moins souvent consommateurs.

Les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy apparaissent associées à un parcours scolaire difficile (tableau 12.1). Comparativement aux élèves et étudiants en filière générale classique, la proportion d'utilisateurs réguliers de cannabis est deux fois plus élevée parmi les apprentis ou les jeunes en formation alternée, et trois fois plus élevée parmi les jeunes sortis du système scolaire. Bien que les niveaux de prévalence de l'expérimentation d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne se situent nettement en retrait par rapport au cannabis, la corrélation avec la situation scolaire est encore plus marquée : l'écart est de l'ordre de 1 à 4. La corrélation avec les redoublements au cours de la scolarité est similaire : elle montre que la difficulté du parcours scolaire et l'inscription (choisie ou forcée) dans des filières d'enseignement courtes est associée à des usages plus fréquents.

Il faut préciser toutefois que cette analyse ne permet pas de distinguer la cause de la conséquence. Dans le cas du cannabis par exemple, si la consommation peut être liée à des mauvais résultats scolaires (désintérêt ou démotivation de l'élève, difficultés de concentration, etc.), les déterminants de l'échec scolaire sont multiples et s'expliquent probablement davantage par le milieu socioculturel de l'élève ou la scolarité des premières années, qui pèsent sur la réussite scolaire par le biais des attitudes qu'ils confèrent vis-à-vis de l'apprentissage (Heckman et al. 2004). La même remarque peut être faite à propos des expérimentations d'autres drogues illicites.

Certaines situations apparaissent néanmoins plus favorables à la consommation de drogues illicites parmi les jeunes de 17 ans : être en filière d'apprentissage ou de formation alternée, avoir redoublé ou être sorti du système scolaire.

I.2.2 Une consommation plus fréquente dans les milieux favorisés.

Du point de vue socio-économique, les consommations de produits licites, les ivresses alcooliques, mais aussi la consommation régulière de cannabis sont plus répandues parmi les jeunes issus de milieux familiaux favorisés. Il en va de même de l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne : à l'inverse, l'héroïne est également répandue dans tous les milieux. On peut en partie expliquer ce différentiel par les ressources sociales accrues des adolescents des milieux favorisés (lieu de résidence, sociabilité et réseaux d'approvisionnement, etc.), qui leur permettent plus facilement d'obtenir des drogues. Ce résultat est très marqué pour la cocaïne, dont le coût est très élevé (environ 60 euros le gramme, contre 4 à 6 euros pour un gramme de résine de cannabis (Cadet-Tairou et al. 2007; OCRTIS 2005)). La nature des réseaux sociaux et amicaux liés au milieu social, amical et professionnel de la famille a sans doute son importance.

Tableau 12.1. Facteurs associés à différents usages de drogues licites et illicites (en % et OR).

		Tabagisme quotidien		Alcool régulier		Cannabis régulier		Ecstasy vie		Cocaïne vie		Héroïne vie	
		(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²
sexe	filles (48,9 %)	32,3	-1-	6,1	-1-	6,3	-1-	2,8	-1-	2,0	-1-	0,6	-1-
	garçons (51,1 %)	33,6 *	0,9 ***	17,7 ***	3,1 ***	15,0 ***	2,3 ***	4,2 ***	1,3 ***	3,0 ***	1,4 ***	0,8 ns	1,1
situation	élèves ou étudiants (84,2 %)	28,3	-1-	10,5	-1-	9,0	-1-	2,6	-1-	1,9	-1-	0,5	-1-
	en apprentissage (11,4 %)	55,2	2,6 ***	21,7	2,0 ***	18,1	1,6 ***	7,0	2,5 ***	4,7	2,2 ***	1,7	2,9 ***
	autres (4,4 %)	64,8 ***	3,9 ***	17,1 ***	1,6 ***	27,0 ***	3,0 ***	12,7 ***	4,6 ***	9,1 ***	4,3 ***	2,0 ***	2,4 ***
redoublement au cours de la scolarité	jamais (49,9 %)	23,5	-1-	10,8	-1-	6,9	-1-	2,4	-1-	1,7	-1-	0,4	-1-
	1 fois (41,4 %)	41,8	2,0 ***	13,6	1,0	14,3	1,9 ***	4,3	1,5 ***	3,2	1,6 ***	0,9	1,5 *
	2 fois (8,7 %)	45,4 ***	2,1 ***	12,3 ***	0,8 **	16,3 ***	2,0 ***	6,3 ***	1,9 ***	4,4 ***	2,1 ***	1,4 ***	2,2 **
milieu social³	très favorisé (10,6 %)	30,6	-1-	13,1	-1-	11,1	-1-	3,5	-1-	3,3	-1-	0,6	-1-
	favorisé (27,8 %)	31,5	0,9 ns	12,3	0,9	10,5	0,8 *	3,5	0,9 ns	2,8	0,7 *	0,8	1,3 ns
	moyen (13,0 %)	30,1	0,8 **	11,9	0,9 *	11,0	0,9	3,4	0,9 ns	2,3	0,6 ***	0,5	0,8 ns
	modeste (41,7 %)	34,8	0,9 *	12,2	0,8 ***	10,5	0,7 ***	3,5	0,7 *	2,2	0,5 ***	0,6	0,9 ns
	défavorisé (7,0 %)	34,9 ***	0,7 ***	8,5 ***	0,5 ***	10,4 ns	0,6 ***	3,5 ns	0,6 ***	2,7 **	0,4 ***	1,0 ns	1,0 ns
parents vivent ensemble	oui (71,3 %)	29,1	-1-	11,5	-1-	8,9	-1-	2,8	-1-	2,0	-1-	0,6	-1-
	non (28,7 %)	42,7 ***	1,6 ***	13,4 ***	1,2 ***	15,5 ***	1,7 ***	5,3 ***	1,6 ***	3,8 ***	1,6 ***	1,1 ***	1,6 **
vit au foyer familial	oui (88,7 %)	31,2	-1-	11,1	-1-	10,0	-1-	3,1	-1-	2,2	-1-	0,6	-1-
	non (11,3 %)	46,6 ***	1,8 ***	19,4 ***	1,9 ***	16,4 ***	1,7 ***	7,0 ***	2,2 ***	5,0 ***	2,2 ***	1,5 ***	2,3 ***

***, **, *, ns ; test du Chi² de Pearson (pour les pourcentages) ou de Wald (pour les OR) significatif au seuil 0,001, 0,01, 0,05 et ns.

1 : Pour les pourcentages, il s'agit d'un Chi² global, signalant une interdépendance des variables.

2 : Odds ratio ajusté sur les variables du tableau.

3 : évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi 11 choix assortis d'exemples de professions, selon la répartition suivante : « défavorisé » indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant ; « modeste » qu'ils sont ouvrier ou employé ; « moyen » qu'ils déclarent une profession intermédiaire ; « favorisé » que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant ; « très favorisé » que les deux le sont. Il s'agit de la profession des parents déclarée par les adolescents, ce qui peut entraîner de fortes variations par rapport à la réalité (méconnaissance du métier réellement exercé ou du poste occupé, difficulté à classer correctement le métier, etc.)

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

Par ailleurs, l'influence d'un parcours scolaire dégradé sur les usages de drogue déclarés apparaît plus marqué parmi les jeunes des milieux sociaux favorisés. Ainsi par exemple, l'odds ratio (OR) associé à deux redoublements pour l'usage régulier de cannabis parmi les jeunes des milieux « défavorisés » ou « modestes » vaut 1,6, contre 2,3 pour celui mesuré au sein des milieux « favorisés » ou « très favorisés » ; pour l'expérimentation de cocaïne, les résultats sont respectivement de 1,8 et 2,5. Ce résultat est ambivalent : il est possible que les attentes familiales concernant la réussite scolaire, qui sont probablement plus fortes au sein des milieux favorisés, puisse générer une pression psychologique plus importante compensée par les usages de drogues. Mais il est également possible que les adolescents des milieux très favorisés se soucient moins de leur réussite scolaire et ne changent pas leurs comportements d'usage en cas d'échec.

I.2.3 Une consommation plus fréquente dans les familles monoparentales et parmi les jeunes les plus autonomes.

La situation familiale apparaît aussi comme un facteur significativement associé aux consommations illicites. Les jeunes dont les deux parents vivent ensemble apparaissent beaucoup moins souvent expérimentateurs ou consommateurs de drogues. En outre, un jeune qui vit hors du foyer familial (la plupart du temps pour ses études) est plus fréquemment consommateur de cannabis, d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. Ces observations montrent que les opportunités de consommer des jeunes de 17 ans sont fortement liées au niveau d'encadrement familial. Dans ce sens, le fait de vivre au sein du foyer familial joue comme un facteur protecteur : les adolescents qui sont dans cette situation sont deux fois moins nombreux à avoir expérimenté l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne à 17 ans (tableau 12.1). Ces deux effets se cumulent : l'*odds ratio* associé au cumul de la séparation parentale et de la décohabitation est proche de trois (2,9 pour l'usage régulier de cannabis, 3,3 pour l'expérimentation d'ecstasy, 3,1 pour celle de cocaïne ou d'héroïne).

I.2.4 Des consommations très liées à l'intensité de la sociabilité.

L'environnement amical et la sociabilité jouent un rôle essentiel dans l'expérimentation et les modes d'usage des produits. Ainsi, parmi l'ensemble des adolescents qui déclarent avoir passé du temps avec leurs amis dans un bar (un café ou un pub) chaque jour ou presque au cours des douze derniers mois, 19,1 % disent avoir fumé régulièrement du cannabis contre 6,6 % parmi ceux qui disent ne jamais s'y être rendus, et les proportions sont respectivement de 31,3 % et 2,1 % si l'on substitue les soirées entre amis aux sorties dans les bars. La même observation peut être faite pour l'expérimentation d'ecstasy ou de cocaïne : la proportion de jeunes ayant essayé la cocaïne varie entre 1,1 % parmi les jeunes qui ne sont jamais allés dans un bar avec leurs amis à 5,8 % parmi ceux qui s'y sont rendus presque tous les jours. En revanche, il n'y a pas de lien entre ces éléments de sociabilité et l'expérimentation d'héroïne, celle-ci restant à 1 % environ, quelle que soit la fréquence des sorties.

Ces résultats s'expliquent par les modes d'usage du cannabis, de la cocaïne et de l'ecstasy qui, à l'instar du tabac et de l'alcool et contrairement à l'héroïne, font l'objet de pratiques collectives, festives ou intégrées dans des rites d'interaction³⁶ caractéristiques de la sociabilité adolescente (Goffman 1967). Précisons que ces associations persistent lorsque, dans les modèles logistiques du tableau 12.1, on adjoint les indicateurs de sociabilité présentés ici. Plus précisément, les usages de drogues apparaissent très fortement corrélés aux préférences culturelles et notamment aux choix musicaux (Legleye et al. 2003).

³⁶ La notion de « rite d'interaction » est ici utilisée au sens de Goffman.

Ce phénomène souligne le rôle social et intégrateur de certains usages de drogues (au moins lorsqu'ils ne sont pas suivis de conséquences néfastes) et suggère de leur accorder une valeur positive complémentaire de leur caractère intrinsèquement risqué.

I.2.5 L'exposition au risque judiciaire majoré dans les milieux modestes et pour certains produits.

Le caractère illicite de la consommation et de la détention de drogues peut entraîner des conséquences pénales (poursuites judiciaires), administratives (renvoi scolaire, licenciement, etc.) ou financières (amende, résiliation de contrat d'assurance en cas d'accident). Le risque d'interpellation en situation d'usage (en particulier de cannabis) est variable selon le sexe et l'âge. En 2005, 94% des personnes interpellées étaient des hommes et 63% des interpellations pour usage de cannabis (qui est de très loin la première substance en cause dans ces interpellations) concernaient des jeunes âgés de 18 à 25 ans, alors que les statistiques en population générale montrent que 14% seulement des jeunes de cette tranche d'âge déclarent avoir consommé ce produit dans le dernier mois (OCRTIS 2005).

Ce différentiel peut s'expliquer par une conjonction de facteurs. Des études montrent que les interpellations policières obéissent à des logiques et à des critères sélectifs : la prédominance masculine parmi les personnes interpellées pour usage tient probablement aux circonstances d'usage, qui sont plus souvent publics et « en bande » que chez les filles, mais également aux représentations sociales des personnels de police et de gendarmerie qui percevraient plus volontiers un « potentiel de délinquance » chez les hommes que chez les femmes (Barré 1996). Une comparaison des fumeurs de cannabis interrogés dans les enquêtes représentatives en population générale et des usagers interpellés a permis d'objectiver la différence de nature des deux publics. Les statistiques policières sur-représentent les jeunes, les hommes, et les personnes d'origine modeste, sans activité professionnelle, ou originaires de quartiers socialement dévalorisés alors que la diversité des consommateurs apparaît nettement plus importante en population générale (Peretti-Watel et al. 2004).

L'enquête ESCAPAD permet de confirmer une partie de ces hypothèses. La part des jeunes qui disent avoir, la dernière fois, fumé du cannabis dans un lieu public ouvert (rue, parc), diminue en effet avec l'élévation sociale du milieu familial. Parmi les consommateurs de cannabis au cours des trente derniers jours, toutes choses égales par ailleurs³⁷, l'OR associé au milieu social prenant la catégorie «très favorisé » pour référence vaut 1,4 pour les catégories « défavorisée » et « modeste », 1,3 pour la catégorie « moyenne » et 1,2 pour la catégorie « favorisée », tous étant significatifs au seuil 0,001. Lorsqu'ils fument du cannabis, les jeunes des milieux modestes sont donc plus exposés au regard de personnes étrangères à leur cercle amical et donc à celui des représentants des forces de l'ordre. Ce résultat pourrait s'expliquer par la taille plus réduite des logements des jeunes issus de familles modestes ou par la présence plus fréquente au domicile d'un des parents, en situation d'inactivité professionnelle notamment.

I.3. Santé mentale et accès aux dispositifs de soins.

I.3.1 Signes anxio-dépressifs et usages de drogues.

À partir de l'échelle de Kandel utilisée dans le questionnaire de l'enquête ESCAPAD, on peut objectiver un certain nombre d'indicateurs de souffrance psychologique (Kandel et al. 1986).

³⁷ Dans une régression logistique contrôlant le sexe, la situation scolaire (élève, étudiant ; apprenti ; déscolarisé), le nombre de redoublements au cours de la vie (0, 1, 2 et plus), le milieu social des parents (5 classes, cf. le tableau 1), la séparation de ceux-ci, la décohabitation du jeune et sa fréquence de consommation de cannabis sur la période (1-2 fois, 3-5 fois, 6-9 fois, 10-19 fois, 20-29 fois et tous les jours).

Un score a été calculé pour chaque individu par sommation de la fréquence déclarée de troubles anxio-dépressifs. Le score varie entre 0 et 24 et la moyenne des garçons est de 6,8 contre 10,1 pour les filles. Ces dernières déclarent beaucoup plus de problèmes : parmi les adolescents affichant un score supérieur à 21 (soit 1,3 %), elles sont cinq fois plus nombreuses que les garçons. Ce résultat est conforme à d'autres observations selon lesquelles le genre conditionnerait en grande partie la sensibilité des adolescents à la perception et à la déclaration de ces troubles anxio-dépressifs (Le Moigne 1999).

Les usages de drogues apparaissent corrélés au score de Kandel, sauf la consommation régulière d'alcool pour laquelle les scores moyens ne diffèrent pas. Mais d'autres variables s'avèrent également liées à ces troubles : séparation parentale, parcours scolaire, milieu socio-économique, etc. Pour contrôler ces facteurs de confusion, des régressions logistiques ont été modélisées. La mesure des troubles anxio-dépressifs est la variable de score de Kandel découpée en quartiles. Le tableau suivant montre les OR ajustés pour chacun des quartiles comparativement au premier, qui rassemble les 25 % de jeunes qui présentent les scores de troubles anxio-dépressifs les plus faibles.

Tableau 12.2. Modélisations logistiques des usages de drogues selon les signes anxio-dépressifs mesurés par le score de Kandel.

	Tabac quotidien	Alcool régulier	Ivresses répétées	Cannabis régulier	Cocaïne (vie)	Héroïne (vie)
Quartile I	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Quartile II	1,1 ns	1,2 *	1,3 **	1,5 ***	1,3 ns	1,1 ns
Quartile III	1,3 ***	1,4 ***	1,6 ***	1,7 ***	1,0 ns	0,7 ns
Quartile IV	1,7 ***	1,7 ***	2,3 ***	2,2 ***	2,3 ***	3,0 ***

***, **, *, ns ; test du Chi² de Wald significatif au seuil 0,001, 0,01, 0,05 et ns.

Les variables contrôlées sont : le sexe, la PCS des parents, la scolarité, le redoublement, la séparation des parents, la décohabitation de l'adolescent, la fréquence de sorties dans les bars et dans des soirées amicales au cours de l'année (jamais, moins d'une fois par mois, 1-2 fois par mois, au moins une fois par semaine, tous les jours ou presque).

N.B. : chaque quartile regroupe 25 % des jeunes, suivant leur score à l'échelle de Kandel : le premier les 25 % qui ont le score le plus bas, le deuxième, les 25 % suivants, etc.

L'analyse montre que tous les usages de drogues étudiés sont d'autant plus fréquents, toutes choses égales par ailleurs, que les signes anxio-dépressifs sont plus nombreux, même si la différence entre les deux premières catégories de jeunes apparaît non significative pour l'usage quotidien de tabac et les expérimentations de cocaïne et d'héroïne.

I.3.2 Accès aux dispositifs de soins.

Comme le montrent de nombreuses études, les chances de formuler une demande de soins médicaux sont inégalement distribuées dans la population : le recours aux soins est plus fréquent chez les femmes et plus souvent motivé par une démarche de prévention, alors que les hommes consultent majoritairement pour des douleurs (Aliaga 2002). D'autres études suggèrent que les consommations de soins sont également moins fréquentes dans les milieux économiques modestes. La question se pose de savoir si les facteurs associés aux usages de drogues et si les usages de drogues eux-mêmes modulent les demandes de soin des individus. L'enquête ESCAPAD permet de vérifier que ce résultat reste vrai dans des régressions logistiques : les usages de produits psychoactifs augmentent en général les

consultations d'un spécialiste de santé mentale³⁸. En effet, pour l'usage régulier d'alcool et les ivresses alcooliques répétées, les OR ne sont pas significatifs (OR=1,0 et 1,1), mais ils valent respectivement 1,5 pour l'usage régulier de cannabis, et 1,9 pour les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne.

Mais l'examen de ces modélisations logistiques montre de plus que ces consultations sont moins fréquentes parmi les jeunes des milieux qui ne sont pas les plus favorisés. Ainsi, quel que soit l'usage de produit psychoactif pris en compte, comparativement au milieu « très favorisé », l'OR des milieux « favorisé » et « moyen » vaut 0,8 et celui des milieux « modeste » et « défavorisé » vaut 0,7. Autrement dit, il existe une inégalité de traitement des souffrances de santé mentale selon le milieu économique.

Ce résultat vient compliquer l'identification des facteurs de vulnérabilité relativement aux usages de drogues : les usages de produits psychoactifs licites ou illicites sont plus fréquents au sein des milieux aisés ; ces usages sont liés à des souffrances psychologiques (bien qu'il ne soit pas possible d'identifier ici une relation de cause à effet : les deux peuvent être liés pour d'autres raisons, familiales, sociales ou autres) ; mais ces souffrances sont mieux prises en charge dans les milieux familiaux favorisés sur le plan économique.

Le repérage des éventuelles complications des usages de drogues ou de la détérioration de la santé mentale qui pourrait faciliter les usages de drogues pourrait donc être moins fréquent ou moins précoce dans les milieux populaires et parmi les jeunes hommes. Ce qui constitue un aspect important de la vulnérabilité sous l'angle des dommages subis ou des moyens de les surmonter et non plus de l'exposition à un problème.

Pour tenir compte de ces effets de sélection sociale ou d'auto-éviction, les pouvoirs publics ont développé, en matière de toxicomanie, des stratégies d'intervention spécifiques à l'égard de certaines populations identifiées. Ainsi en est-il des jeunes usagers de cannabis par exemple, désignés comme public-cible des « consultations cannabis » mises en place en 2004/2005. Le premier bilan de ce dispositif montre que les individus censément plus exposés au risque de développer un usage de cannabis (à plus forte raison, un usage nocif ou relevant de la dépendance) fréquentent effectivement le dispositif : près de 9 usagers sur 10 sont âgés de moins de 25 ans et les garçons forment 80% de la file active (Obradovic 2006). Le public orienté par la justice constitue 38% de la file active, ce qui fait des orientations judiciaires le premier motif de recours aux consultations, même si ces recours sont majoritairement le fait des garçons (42% vs 19% chez les filles).

Le fonctionnement de ce dispositif spécifique montre que l'identification d'un public-cible ne suffit pas à contrebalancer les mécanismes de sélection de certains types de clientèle. Ainsi, parmi la population accueillie, si les garçons sont majoritairement adressés par les autorités judiciaires (42%), c'est-à-dire amenés à la consultation dans un cadre contraint, les filles viennent le plus souvent spontanément (41%) : les garçons, qui sont plus fréquemment usagers réguliers ou quotidiens de cannabis, semblent moins disposés à consulter spontanément. Cette observation met en évidence le caractère inéluctable des mécanismes d'auto-éviction de certains publics, qui ne font pas appel aux consultations cannabis même quand ils sont explicitement visés par une offre de soins nouvelle.

Ce paradoxe amène donc à commenter les partis pris qui sont au soubassement des méthodes et outils d'enquête utilisés pour caractériser la vulnérabilité et des présupposés fondamentaux d'une analyse en termes de vulnérabilité.

³⁸ Toutes choses égales par ailleurs dans un modèle contrôlant le sexe, la situation scolaire, le redoublement au cours de la scolarité, le milieu social, l'union parentale, la décohabitation du jeune, le score de Kandel et l'usage de produits psychoactifs.

I.4. La sous-représentation des jeunes les plus vulnérables dans les enquêtes en population générale.

Les enquêtes en population générale utilisées ici présentent des défauts limitant l'utilisation qui peut en être faite pour décrire les populations les plus fragiles. D'un côté, le taux de couverture, c'est-à-dire la proportion des personnes que l'on n'interroge pas en raison de la méthode de collecte retenue, et le taux de refus de participation à l'enquête des personnes enquêtées, permettent d'évaluer la représentativité de la population interrogée et de prendre acte du fait qu'une partie de la population n'est pas représentée dans les observations. De l'autre, le taux de non répondants à certaines questions dans l'enquête permet d'évaluer les biais dans les mesures, sans fournir pour autant d'informations précises quant aux motifs de non réponse.

Concernant le mode de collecte, ESCAPAD n'interroge que les résidents de nationalité française qui se rendent à la Journée d'appel de préparation à la défense : les jeunes de nationalité étrangère, les jeunes déclarés inaptes à honorer cette convocation pour raison médicale et les jeunes les plus marginaux qui échappent au contrôle de l'autorité publique sont donc exclus de l'enquête. Une partie des adolescents *a priori* vulnérables ne sont donc pas représentés ni décrits. Toutefois, ces défauts de couverture et de participation sont faibles : 99 % d'une tranche d'âge de nationalité française participe à la JAPD selon les estimations de la Direction du service national pour l'année 2005, la part des étrangers de l'âge requis est faible (environ 4 %) et le taux de participation à l'enquête supérieur à 99 %.

Parmi les non répondants à certaines questions, il faut distinguer les personnes qui ne répondent pas aux questions portant sur les usages de drogues, et celles dont on peut penser qu'elles ne répondent pas à toutes les questions en raison de leurs faibles compétences en lecture et en écriture : on peut supposer qu'une frange des jeunes les plus vulnérables se trouve précisément dans cette catégorie. Chaque année en effet, 5 % environ des appelés sont repérés par le ministère de l'éducation nationale lors de la JAPD comme ayant de très faibles compétences en lecture et écriture. L'anonymat de l'enquête ne permet de les repérer qu'indirectement. Néanmoins, l'analyse montre qu'en 2005, 4,2 % de l'échantillon a refusé de répondre à deux ou plus des questions relatives aux ivresses alcooliques au cours des douze derniers mois et à l'expérimentation des 12 produits psychoactifs licites ou illicites cités dans l'enquête³⁹. Or ces jeunes apparaissent très souvent déscolarisés (11,8 %, contre 4,4 % en moyenne) ; ils ont beaucoup plus souvent redoublé que les autres (67,8 % vs 50,1 % en moyenne), et proviennent plus souvent de familles modestes ou défavorisées que la moyenne (55,6 % vs 48,7 %). Bien qu'ils ne soient pas très nombreux, ces non-répondants cumulent donc des signes de plus grande vulnérabilité sociale.

Une analyse plus poussée des non-réponses à un ensemble de questions touchant aux loisirs (généralement bien renseignées, mais situées dans la dernière partie du questionnaire) confirme qu'elles sont très corrélées aux indicateurs sociodémographiques, mais aussi à l'usage de produits psychoactifs. Le taux de non réponse à une question d'usage d'un produit licite ou à l'usage régulier de cannabis est inférieur à 1 % parmi les jeunes qui ont répondu à toutes les questions de loisirs alors qu'il atteint 20% chez les jeunes qui n'ont répondu à aucun des 22 items liés aux loisirs. Or parmi ces jeunes qui n'ont pas répondu aux questions liées aux loisirs, la proportion d'usagers réguliers de cannabis est très élevée (24,8% vs 10,8% en moyenne) et il en va de même pour les autres usages de drogue. Ces jeunes se déclarent de plus d'origine modeste, leurs parents sont souvent séparés, et eux-mêmes vivent très souvent hors du foyer familial et leur parcours scolaire est moins bon que la moyenne.

³⁹ C'est-à-dire : Cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne et héroïne (la Kétamine, le subutex et le GHB n'étant pas comptabilisés ici).

I.5. Discussion

Les enquêtes en population générale conduites auprès des jeunes permettent d'identifier un ensemble de facteurs économiques, familiaux et scolaires fortement associés aux expérimentations ou aux usages de produits psychoactifs : l'aisance économique de la famille, la difficulté du parcours scolaire et la composition familiale, mais aussi la santé mentale. De ces analyses bivariées et multivariées il ressort donc un tableau complexe : la plupart des liaisons observées confortent les *a priori* relatifs aux usagers de drogues : parcours scolaire difficile, monoparentalité, éloignement du foyer familial sont des éléments qui semblent bien favoriser les usages ou les expérimentations de produits licites et illicites. Chez les jeunes adultes, les facteurs retenus sont semblables : l'élévation du niveau d'instruction, le fait de poursuivre des études universitaires plutôt que de travailler, semblent globalement éloigner des consommations, alors que la situation de chômage paraît plus favorisante, du point de vue des chances de développer un usage de drogues (Beck *et al.*, 2007, chapitre drogues).

Des exceptions notables existent cependant. L'analyse montre aussi que le lien entre ces déterminants et les usages de drogue peut parfois être contre-intuitif : l'élévation de la PCS des parents est par exemple liée à des usages plus fréquents et parallèlement, à des niveaux d'expérimentation plus élevés des produits les plus chers (ecstasy et cocaïne). De plus, la plupart des usages de drogues apparaissent très largement liés à l'intensité des contacts amicaux, des sorties dans les bars, des soirées entre amis etc., qui traduisent une intégration sociale qu'il ne faut pas négliger dans l'interprétation des motifs d'usage (Peretti-Watel, P. et al. 2007).

L'analyse permet aussi de voir que les jeunes qui consomment des drogues présentent plus souvent des signes anxio-dépressifs marqués, et consultent plus souvent des spécialistes de la santé mentale, mais que la prise en charge de la souffrance psychologique est plus répandue dans les milieux très favorisés sur le plan économique, ce qui est susceptible d'induire des inégalités dans le repérage et la prise en charge des usages de drogues ou de leurs conséquences pour l'individu.

Ce point invite à considérer avant tout les déterminants économiques familiaux comme les éléments fondamentaux de la vulnérabilité. Car il est clair que la pauvreté économique est un vecteur d'échec scolaire, de moindre consommation de soins médicaux, etc., facteurs tous liés à l'usage de drogues et à l'aggravation de leurs conséquences probables.

Une des originalités de ce travail est l'exploration des marges des instruments d'enquête utilisés. Sans être exemptes de biais de couverture, les enquêtes en population générale offrent tout de même la possibilité de repérer un certain nombre de sous-populations particulièrement consommatrices de drogues par l'examen de leurs propres marges et limites : non répondants, personnes en difficulté de lecture, etc.

Aucun de ces indicateurs ne permet toutefois, en soi, de définir un groupe social homogène plus consommateur de drogues que les autres. Seule la prise en compte de la complexité de la notion de vulnérabilité par la définition d'un cumul de facteurs permet de préciser l'analyse, en considérant des populations homogènes du point de vue social. On pourra donc retenir que la vulnérabilité se définit en premier lieu comme le résultat d'un processus cumulatif dans le temps, qui commence dès les premières années de la vie et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence (période de développement, par nature donc d'autant plus « à risque »), puis de l'âge adulte.

II. Vulnérabilité dans des populations d'usagers actifs.

La question de la vulnérabilité se pose de manière différente au sein de populations à forte prévalence d'usage de substances psychotropes que dans la population générale. On peut d'abord montrer dans quelle mesure une part importante des jeunes consommateurs se situe dans une position de vulnérabilité sociale et sanitaire. Dans cette population déjà usagère, cette constatation instantanée ne peut permettre seule de déduire une relation causale dans un sens ou dans l'autre entre précarité sociale ou sanitaire et usage de substances psychotropes (Sansfacon et al. 2005). En revanche, elle montre à un moment donné l'ampleur de l'intrication des problèmes et permet a priori, d'adapter l'offre de prise en charge en faveur d'une offre globale, médico-socio-psychologique.

Une autre voie d'abord consiste à repérer, parmi ces populations à fréquence importante d'usage, quels sont les groupes les plus vulnérables et à les décrire, de manière à mieux cibler les actions de prévention et de soutien. Parmi les populations à fort usage de psychotropes illicites ou détournés repérées en dehors des lieux de soins, on observe en effet clairement que ceux qui affichent les pratiques de consommation les moins maîtrisées (fréquence des consommations, polyusage, injection, mésusage de médicaments...) sont en moyenne ceux qui apparaissent également les plus vulnérables sur le plan social.

II.1. Données disponibles

Dans l'ensemble, les usagers de produits psychotropes les plus actifs sont observés en France dans deux types d'espace :

- L'espace dit « urbain » qui désigne essentiellement le dispositif urbain de réduction des risques -boutiques, PES (programme d'échanges de seringues), « méthadone bas seuil »- 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.
- L'espace dit « festif techno » qui désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, rave parties, technivals) mais aussi les clubs, les discothèques ou les soirées privées à l'occasion de leur soirées « techno ».

Ainsi, les deux approches citées précédemment seront successivement appliquées à deux populations à prévalence importante d'usage : premièrement, les jeunes fréquentant les structures de réduction des risques, en milieu urbain, usagers actifs dont beaucoup ne se situent pas encore dans une démarche de soins ; deuxièmement les jeunes fréquentant l'espace festifs techno. La mesure de la vulnérabilité montrera des degrés différents en fonction des populations observées.

On dispose sur ces espaces et sur les populations qui les fréquentent de plusieurs sources de données :

- Des données quantitatives. Elles sont issues, pour l'espace urbain, de l'enquête Première Ligne Usagers de Drogues (PRELUD) menée début 2006 auprès des usagers de structures bas seuil⁴⁰ situées dans les sept agglomérations participant au réseau TREND ainsi que dans deux autres agglomérations participantes⁴¹ (N=1017). La population de moins de 25 ans représentait 252 personnes (Cadet-Taïrou et al. 2007).

⁴⁰ Les termes structures de réduction de risque en milieu urbain ou structure de bas seuil sont utilisés indifféremment dans cet article pour désigner les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues).

⁴¹ Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse, ainsi que Dijon et Lyon.

- Pour l'espace festif elle sont issues d'une enquête assise sur un échantillonnage ethnographiquement raisonné, menée en 2004-2005 dans cinq sites français⁴² (Quanti festif 2004-2005, N=1496). La population des moins de 25 ans comptait 829 personnes (Reynaud-Maurupt et al. 2007).
- Enfin, des données qualitatives sont collectées de manière continue par le dispositif d'observation TREND. Destiné à identifier rapidement les nouvelles tendances émergentes, celui-ci s'articule sur un réseau de sept coordinations locales dotées d'une stratégie et d'outils communs de recueil de l'information⁴³ (Cadet-Taïrou et al. 2007).

Les critères de vulnérabilité retenus *a priori* se déclinaient selon 3 axes :

- Vulnérabilité vis-à-vis de l'usage : forte prévalence d'usage, pratiques à risque.
- Vulnérabilité sociale : niveau d'éducation, revenus, conditions de logement, accès aux soins à travers la couverture du risque santé.
- Vulnérabilité sanitaire : données de santé physique ou psychique. Sur ce point, l'indisponibilité des données limite fortement les investigations (pas de données de morbidité psychique ou psychiatrique, peu de donnée de morbidité somatique). Les questions sur la santé perçue, tant physique que psychique apparaissent très peu discriminantes.

En pratique, le manque de données objectives sur un certain nombre de points, de même que la faiblesse des effectifs âgés de moins de 25 ans dans l'enquête PRELUD limitent les possibilités. D'autre part, dans ces populations fortement usagères, certains facteurs apparaissent moins discriminants qu'ils peuvent l'être dans la population générale. Ainsi, dans une population d'usagers, la pratique de l'injection ou le partage du matériel n'apparaissent pas directement liés à des variables de vulnérabilité sociale.

II.2. Vulnérabilité sociale des usagers de moins de 25 ans fréquentant les structures de réduction des risques.

II.2.1. Données générales.

La population du groupe des moins de 25 ans recrutée dans l'enquête PRELUD est âgée en moyenne de 21,6 ans (écart-type 1,9 ans). Le plus jeune a 15 ans. Ce groupe est masculin à 66 % ce qui témoigne d'une présence féminine plus importante que dans les populations plus âgées (87 % d'hommes chez les 25 ans et plus).

Précarité du logement.

Les usagers qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent, au-delà des fréquences d'usage, une vulnérabilité sociale importante. Parmi eux, 67 % vivent en logement instable (impossibilité de passer les six prochains mois dans le même logement ou absence de logement) : 31 % sont SDF (sans domicile fixe), 15 % vivent en squat, camion, caravane etc., les autres disposant de modes de logement provisoires. Si 20 % d'entre eux ont un logement indépendant, seuls 11 % vivent encore durablement dans la famille ou chez des proches (15 % des 15-20 ans). Le départ précoce de la cellule familiale apparaît également dans le fait que seuls 12 % vivent encore avec un ou les deux parents (18 % chez les 15-20 ans), alors qu'ils sont 23 % à vivre seuls, 27 % à habiter en couple et 29 % à vivre avec un ou des amis.

⁴² Agglomération et zone périurbaine de Bordeaux, Metz, Nice, Rennes et Toulouse.

⁴³ Observations ethnographiques, entretiens, focus groups, questionnaires qualitatifs.

Niveau d'éducation et insertion professionnelle faible.

Sur le plan des acquis scolaires, 25 % d'entre eux ont au moins atteint un niveau « bac » (avec ou sans l'examen)⁴⁴. Cette statistique apparaît très inférieure à celle recueillie dans la population générale du même âge où la proportion des bacheliers (examen obtenu) dépasse 60 % (Ministère De L'éducation Nationale 2007). Parmi les bacheliers, 5% ont au moment de l'enquête un niveau d'étude égal ou supérieur à « bac + 2 ». La plus grande partie (44 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP), les autres ayant atteint un niveau « collège » (29 %). La majorité des moins de 25 ans est inactive (45 %) ou au chômage (20 %). Cependant une part plus importante que dans les groupes plus âgés travaille de manière continue (8 %) ou intermittente (15 %). Les autres sont étudiants ou en stage non rémunéré.

L'exclusion des revenus sociaux.

Les jeunes fréquentant les structures de réduction des risques sont un peu moins du tiers à disposer d'un revenu d'emploi ou d'allocation chômage (32 %, respectivement 21 % et 11 %) témoignant d'une insertion professionnelle en moyenne légèrement plus importante que leurs aînés (25 % chez les plus de 20 ans). On constate cependant que les plus jeunes sont quasi-exclus des revenus sociaux: presque la moitié d'entre eux (47 %) ne dispose d'aucun revenu, part à laquelle on peut rajouter les 3 % qui mentionnent comme revenu la mendicité ou le trafic. Seuls 9 % reçoivent un revenu social (RMI : 3 %, Allocation adulte handicapé : 2 %, allocations pour les enfants ou pour l'insertion professionnelle : 3 %). En cela, la situation des moins de 25 ans est radicalement différente de celle des plus âgés qui sont environ 60 % à vivre à l'aide des revenus sociaux.

L'accès aux soins.

Les moins de 25 ans apparaissent également plus vulnérables que les plus âgés concernant l'accès aux soins. En effet, un sur cinq (soit 19 %) ne possède aucune couverture santé (ni assurance maladie, ni aide médicale d'état). Si 77 % sont affiliés à la sécurité sociale, parmi eux plus de la moitié (soit 43 % du total) relève de la CMU (couverture maladie universelle, sans cotisation). Bien que l'accès effectif aux prestations payantes ne peut être documenté avec les données disponibles, on constate que les jeunes usagers bénéficient de manière assez large des dépistages des séropositivités pour le VIH et le VHC (qui sont accessibles gratuitement): ils sont 85 % à avoir déjà pratiqué un test de dépistage du VIH et 80 % à avoir déjà pratiqué un test du VHC. Cependant, la moitié d'entre eux ne savent pas s'ils ont été vaccinés ou non contre l'hépatite B et parmi ceux capables de répondre à la question, seuls 34 % ont eu au moins 2 injections.

On dispose de très peu de données sanitaires : 26 % des injecteurs ont eu un abcès cutané dans le mois précédent. Un tiers de ces mêmes injecteurs (33 %) se sent en mauvaise ou en très mauvaise santé physique et 39 % en mauvaise ou très mauvaise santé psychologique.

Les pratiques.

59 % des moins de 25 ans ont injecté un produit au moins une fois dans leur vie et 50 % plus de 10 fois. Les injecteurs sont proportionnellement moins nombreux parmi ceux qui vivent en logement stable (52 %, n=84, vs 62 % n= 167, NS). Le premier produit injecté était l'héroïne (47 %), la cocaïne (24 %), la buprénorphine (10 %), des amphétamines (5 %) et des sulfates de morphine (4 %). L'âge moyen de première injection est de 17,6 ans, l'âge minimum étant de 10 ans. Un individu sur cinq a injecté pour la première fois entre 10 et 15 ans. Parmi les injecteurs dans la vie, 80 % ont utilisé l'injection au cours du dernier mois. Le fait d'être SDF ou de ne déclarer aucun revenu n'apparaît pas dans notre population comme un facteur de risque vis-à-vis de l'injection. Les prévalences d'usages des substances au cours du mois sont, par définition compte tenu de la population interrogée, assez élevées. L'âge moyen des

⁴⁴ Le fait qu'ils n'aient pas tous atteint l'âge du bac ne change pas les résultats. Cinq usagers seulement n'ont pas 18 ans et 21 % des plus de 18 ans ont atteint un niveau bac.

personnes enquêtées est égal à 31,2 ans et 82 % d'entre elles sont des hommes, 25 % ont moins de 25 ans et 35 % au moins 35 ans. Parmi eux, 68 % n'ont pas d'enfants et 20 % en ont un. Seuls 8% vivent avec au moins un enfant. Près de la moitié vivent seuls (46 %), 21 % en couple, 20 % avec des amis. Ils sont 15 % à avoir le niveau scolaire du baccalauréat (diplôme obtenu ou non) et 44 % à avoir un niveau BEP ou CAP (diplôme professionnel de niveau secondaire). Au cours des six derniers mois, un sur cinq est sans revenus (22 %), 27 % reçoivent un salaire ou des allocations chômage, 45 % reçoivent un revenu social. Au cours de la même période, 22 % ont eu une activité rémunérée intermittente ou continue, 18 % étaient au chômage, 35 % étaient inactifs et 2,5 % étaient étudiants (sans activité rémunérée). Concernant l'accès aux soins, 57 % sont couverts par la Couverture Maladie Universelle (CMU, couverture sans cotisation) et 10 % ne disposent d'aucune couverture.

Parmi les usagers recrutés dans les structures de bas seuil en 2006 (N=1017), le cannabis demeure le produit le plus consommé, devant l'alcool (74 % d'usage au moins une fois dans le mois, dont 65 % boivent au moins 5 verres par occasion).

Un tiers des usagers rencontrés a consommé de l'héroïne au cours du mois précédent soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marque une inflexion après une baisse régulière observée depuis 2001 (Beck, F. et al. 2006b; Bello, Pierre-Yves et al. 2002; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Bello, Pierre-Yves. et al. 2004c). En 2006, on note la progression du sniff et de l'inhalation de l'héroïne, notamment chez les plus jeunes et chez ceux qui fréquentent également le milieu festif (2006 N=349 dont injection : 54 %, sniff : 54 %, inhalation : 34 % (Cadet-Taïrou et al. 2007)).

On observe que c'est maintenant la buprénorphine haut dosage qui est l'opiacé le plus consommé parmi les usagers des structures de première ligne. Parmi les 44 % d'usagers qui en ont pris au cours du mois précédent, seuls 49 % l'ont utilisé uniquement dans un but thérapeutique (voir point mésusage dans le chapitre 5, point 5.3). Par ailleurs, l'usage détourné des sulfates de morphine s'accroît de manière localisée sur certains sites : Paris et Rennes surtout et Marseille dans une moindre mesure (parmi les sites du réseau TREND) notamment parmi des jeunes désocialisés. Sur l'ensemble de la population enquêtée par PRELUD, l'usage au cours du mois précédent passe de 9 % à 16 % entre 2003 et 2006 et l'usage à visée de « défonce » s'accroît de 3,2 % à 9 % dans le même temps.

L'usage de cocaïne dont la fréquence s'accroît dans l'ensemble de la population semble rester relativement stable parmi les personnes qui fréquentent les structures de bas seuil. L'évolution majeure liée à l'usage de cocaïne se situe dans l'accroissement des pratiques d'injection. Alors qu'en 2003, (N=320) 46 % des usagers de chlorhydrate de cocaïne l'avaient injecté, ils sont 54 % début 2006 (N=348). On note également que pour 13 % des usagers ayant déjà injecté un produit, le premier injecté dans la vie est la cocaïne. Les professionnels des structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique et psychologique en lien avec leur pratique d'injections compulsives.

Les usages de MDMA et d'amphétamine parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno. En effet, seuls 9 % des usagers ayant fréquenté des événements festifs moins de 10 fois dans leur vie ont pris de la MDMA au cours du mois précédent contre 30 % des autres. Il en va de même pour l'amphétamine. La pratique de l'injection de la MDMA et de l'amphétamine semble s'accroître chez les usagers des structures de première ligne (MDMA : 13 % en 2003 N=294, 19 % en 2006, N=204, amphétamine, 22 % en 2003, N=201, 40 % en 2006, N=224). Le sniff progresse également (15 % en 2003 à 18 % en 2006).

L'usage dans cette population d'hallucinogènes, naturels ou synthétiques, reste modéré et ne présente pas d'évolution marquante.

Tableau 12.2. Groupes d'usagers les plus vulnérables : approche quantitative.

Les données ci-dessus révèlent la présence de plusieurs sous-populations différentes au sein du groupe des moins de 25 ans : sont identifiés d'une part de jeunes adultes relativement insérés, étudiant ou disposant d'un travail rémunéré et d'autre part des jeunes en situation d'extrême précarité, sans logement, sans revenu et sans couverture sociale.

Afin d'observer les éventuels écarts dans les pratiques ou les situations entre « précaires » et « moins précaires », les usagers sans domicile fixe ou disposant d'un logement précaire (squat, camion) sont comparés ci-dessous aux usagers disposant d'un logement moins précaire (même s'il est parfois non durable). Dans un deuxième temps, des marqueurs potentiels d'appartenance à un groupe à vulnérabilité élevée, issus des données ethnographiques (cf. infra) ont été testés en décrivant les situations des usagers possédant ces marqueurs.

Les SDF.

Tableau 12.3. Caractéristiques et pratiques au cours du mois précédent des usagers sans domicile (SDF, squat, camion), 2006.

	Tous	SDF (n=115)	NSDF (n=136)	Sig.
Aucune ressource	47,0 %	67,0 %	30,0 %	**
Aucune couverture santé	19,0 %	35,0 %	6,0 %	**
Atteinte niveau lycée	26,0 %	14,0 %	35,0 %	**
Inactifs	45,0 %	64,0 %	29,0 %	**
Au moins 10 verres d'alcool quotidiennement	20,0 %	34,0 %	9,0 %	**
Cannabis tous les jours	57,0 %	66,0 %	49,0 %	**
Héroïne	48,0 %	50,0 %	46,0 %	
Cocaïne	45,0 %	50,0 %	41,0 %	
BHD	43,0 %	44,0 %	42,0 %	
Pour se défoncer uniquement	14,0 %	29,0 %	8,0 %	**
Méthadone	19,5 %	19,0 %	20,0 %	
Pour se défoncer uniquement	5,0 %	12,0 %	2,0 %	**
Sulfates de morphine	20,0 %	23,0 %	16,0 %	
Pour se défoncer uniquement	12,0 %	14,0 %	10,0 %	
Codéine	22,0 %	26,0 %	19,0 %	
Ecstasy	29,5 %	34,0 %	26,0 %	
BDZ	21,0 %	19,0 %	23,0 %	
Lieu de consommation le plus habituel :				
Dans la rue	19,0 %	26,0 %	13,0 %	**
En squat	18,0 %	33,0 %	5,0 %	**
VHC + (N=63 / N=76)	13,0 %	16,0 %	11,0 %	
VIH + (N=63 / N=71)	6,0 %	7,9 %	4,2 %	

** : p<0,01. Source : PRELUD 2006, OFDT

Le cumul des handicaps sociaux apparaît clairement à travers les variables de situation sociale. Les usagers sans domicile sont également ceux qui fréquemment ne disposent d'aucune ressource, d'aucune couverture santé, qui ont le niveau d'étude et le taux d'activité les plus faibles. Ils sont caractérisés par une forte consommation d'alcool. Les usages des autres substances au cours du dernier mois n'apparaissent pas significativement plus fréquents que dans le reste de la population fréquentant les structures de réduction des

risques (pour une part, du fait de la faiblesse des effectifs), notamment pour les médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine et méthadone). Cependant lorsque les usagers sont interrogés sur l'intentionnalité de l'usage, il apparaît que l'usage « pour se défoncer »⁴⁵ des médicaments de substitution est nettement plus élevé chez les jeunes SDF que chez les jeunes moins précaires.

Si les données ne montrent pas une fréquence d'injection ou du partage de matériel significativement différente chez les SDF et les non SDF, les premiers consomment davantage dans des situations précaires (dans la rue et en squat). Il est également possible (écart non significatif) qu'ils soient davantage susceptibles d'être contaminés par les virus de l'hépatite C ou du VIH.

Des marqueurs de vulnérabilité

Deux marqueurs ont été retenus : le fait de déclarer consommer de la buprénorphine haut dosage uniquement dans un but de « défonce » et le fait de consommer des sulfates de morphine. Si les sulfates de morphine, en dépit de l'absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, sont parfois prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés, ces prescriptions ne s'adressent pas, en principe, à des usagers de moins de 25 ans. On peut donc considérer le simple usage de sulfates de morphine comme le marqueur d'un usage problématique.

Usage au cours du dernier mois de buprénorphine haut dosage pour « se défoncer ».

On constate, en effet, une forte précarité sociale des usagers de moins de 25 ans consommant de la buprénorphine uniquement pour se défoncer (n=36 seulement). Ils ont un mode de logement instable ou précaire pour 83 % d'entre eux. Ils sont 42 % à se dire SDF, près de 20 % vivent en squat (non compris dans les SDF) et moins de 6 % vivent en famille de manière durable. Les deux tiers d'entre eux (69 %) n'ont pas fréquenté le lycée (niveau secondaire ou BEP/CAP) et autant sont inactifs. Aucun ne dispose d'un travail rémunéré continu. La même part (67 %) ne dispose d'aucune ressource. Plus du quart (28 %) n'a aucune couverture sociale et 39 % bénéficient de la CMU. Leur profil de consommation au cours du mois précédent varie de celle de l'ensemble essentiellement sur l'alcool (36 % d'entre eux consomment quotidiennement au moins 10 verres par jour vs 18 %) et les substances issues du milieu festif (ecstasy : 44 % vs 21 %).

Usage au cours du dernier mois de sulfates de morphine.

Ce niveau de précarité peut aussi être observé chez les jeunes usagers de sulfates de morphine au cours du mois précédent (n=48): 79 % d'entre eux vivent dans un logement instable ou précaire parmi lesquels 40 % (de l'ensemble) sont SDF, 17 % vivent en squat, en camion ou en mobil-home. Seuls 10 % d'entre eux vivent encore dans la famille. Quatre sur 5 (83 %) n'ont pas été au lycée (niveau secondaire ou CAP/BEP), 67 % sont inactifs et 10 % sont au chômage. Ils sont 59 % à ne disposer d'aucune ressource. Un tiers (31 %) n'a aucune couverture sociale et 42 % sont couverts par la CMU.

Ces deux groupes ne se recoupent qu'en partie (11 personnes) et, au contraire du groupe précédent, on trouve chez les jeunes usagers ayant consommé des sulfates de morphine au cours du mois précédant une surconsommation de substances (héroïne 59 % vs 45 % pour les non usagers de sulfates de morphine, cocaïne 63 % vs 40 %, BHD 65 % vs 38 %, méthadone 39 % vs 25 % etc.). Ils présentent également une consommation de médicaments assez spécifiques : benzodiazépines 41 % vs 16 % dont flunitrazepam 14 % vs 2 % de l'ensemble, Artane 4 % vs 0 %.

⁴⁵ La réponse précisait « pour se défoncer 'y compris gérer une descente de stimulants ou gérer le manque) ». Les autres réponses proposées étaient « pour arrêter l'héroïne ou un autre opiacé ou pour se soigner » et « Les deux »

Curieusement, les uns et les autres ne se sentent pas en plus mauvaise santé physique ou psychique que les autres usagers du même âge.

On peut également noter que l'alcoolisation quotidienne avec au moins 10 verres par jour est liée à des indicateurs socio-économiques très défavorables, sans que l'on repère de grandes spécificités dans les profils d'usage à l'exception de l'usage plus important de buprénorphine et d'ecstasy.

II.2.2. Les groupes d'usagers les plus vulnérables : Approche qualitative.

Actuellement en France, deux groupes sociaux conjuguent une vulnérabilité sociale particulière et des usages à risques fréquents. Le renforcement des usages à risque – qu'il s'agisse des produits consommés ou des modes d'administration dans les groupes d'usagers les plus précarisés apparaît comme une tendance marquante de ces dernières années. Polyconsommation intensive et quotidienne, retour à l'héroïne, renforcement du mésusage de la buprénorphine et des sulfates de morphine et surtout progression de l'injection, apparaissent en effet de plus en plus visibles dans ces populations particulières (Cadet-Tairou et al. 2007).

Les jeunes désaffiliés.

Depuis l'année 2002, le dispositif d'observation de TREND fait état de la visibilité accrue d'une population de plus en plus jeune en situation d'errance, aux conditions de vie généralement précaires, inscrite souvent dans des polyconsommations anarchiques et recourant ponctuellement aux dispositifs sanitaires et sociaux d'urgences (Bello, Py et al. 2005). Ce groupe de jeunes usagers (en dessous de 25 ans habituellement) a été appelé « errants » par Bello et al. qui en font une description approfondie dans un rapport du dispositif TREND (Bello, Py et al. 2005). Contrairement à un groupe social qualifié de « nomades » constitué de jeunes qui revendiquent leur appartenance à un univers contre-culturel investi dans un cadre collectif, voire communautaire, et qui semblent disposer, en dépit de conditions de vie relativement précaires, d'une certaine maîtrise de leurs déplacements, de leurs revenus et de leurs usages de produits psychotropes, les « errants » sont caractérisés par une marginalité subie. En effet, alors que chez les « nomades » la marginalité est revendiquée comme un mode de vie, la plupart des jeunes « errants », en rupture familiale et scolaire, se retrouvent entraînés dans un processus de « désaffiliation » (Castel 1999) les conduisant vers une marginalité sociale d'autant plus rapide qu'ils n'accèdent pas aux revenus sociaux. Leur mobilité apparaît finalement assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération et leurs déambulations sont opportunistes, liées aux besoins de survie et à la disponibilité des produits⁴⁶.

Non sous-tendues par des revendications contre-culturelles les consommations de substances psychotropes sont d'abord celles attachées au milieu festif, ecstasy et cocaïne. Cependant elles sont également particulièrement marquées par les usages d'hallucinogènes naturels (Salvia, cactus, champignon, Datura), de buprénorphine et de sulfates de morphine, notamment à Paris dans les milieux proches des punks et des travellers. Le polyusage est la règle, les mélanges se faisant à l'opportunité les usages apparaissant particulièrement anarchiques dans les populations les plus désaffiliées. Il faut mentionner également la fréquence de l'abus d'alcool.

L'injection, conservant son image négative, resterait peu pratiquée particulièrement chez les plus jeunes mais on note depuis plusieurs années un passage plus fréquent à l'injection avec l'avancée en âge. Avec l'entrée dans une dépendance aux opiacés, l'abus d'alcool serait le premier responsable des problèmes sanitaires de ces jeunes. Les dégâts sanitaires

⁴⁶ On trouvera une description de ces usagers et de leurs usages dans le rapport TREND 2004.

liés à un mode de vie particulièrement précaire sont également très présents (affections cutanées, traumatologiques, violences...).

Leur cohabitation avec les autres usagers des structures de réduction des risques ou de soins, lorsqu'ils les fréquentent, est conflictuelle (déplacements en groupe, présence de chiens...). La particularité des moins de 25 ans, par rapport aux plus âgés, serait une réticence encore plus importante au contact avec les professionnels du soin ou de la réduction des risques, dont ils ne fréquentent les structures que pour répondre à des besoins à court terme. De plus, leurs déambulations empêchent tout travail dans la durée.

Enfin, comme cela a pu être constaté au plan quantitatif, les limites d'âges inscrites dans le dispositif social français excluent les jeunes des aides à l'accès au logement, au revenu ou à la couverture santé. Si cette population apparaît masculine pour une large majorité, on note dès 2005 une visibilité particulière des usages féminins. On observe, à des degrés variables selon les agglomérations, une féminisation des populations désaffiliées, notamment parmi les plus jeunes (18-22 ans), que la grande précarité sociale peut mener à la prostitution ainsi qu'une radicalisation des comportements d'usage féminins avec notamment une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection).

Les nouveaux migrants en provenance d'Europe de l'Est.

L'autre groupe, essentiellement urbain, est constitué de personnes également très précarisées, principalement en provenance des pays d'Europe de l'Est. La connaissance de ces usagers se fonde presque uniquement sur des données ethnographiques, la barrière de la langue et leur crainte d'être repérés par les forces de l'ordre les amenant à ne pas répondre aux enquêtes par questionnaire⁴⁷.

Vivant essentiellement dans des squats collectifs, cette population très majoritairement masculine est cependant hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine. Si ces groupes comportent des personnes de tout âge, une partie d'entre eux n'a pas 25 ans. Ils ont fui des événements traumatisants familiaux ou liés à des persécutions diverses dans les pays d'origine, des démêlés avec la justice locale ou sont venus chercher une possibilité d'accéder aux traitements des infections à VIH ou VHC, l'accès aux traitements de substitution ou simplement une vie supposée meilleure en Europe occidentale. Cependant, l'accès au travail et aux soins s'avère très limité du fait de leur absence de statut légal sur le territoire français et beaucoup connaissent des conditions de santé très dégradées en particulier du fait des conséquences de l'injection. La reconnaissance de l'infection à VIH ou au VHC peut constituer un « passeport » pour l'accès à des soins plus généraux mais la prise en charge s'avère chaotique compte tenu de leurs conditions de vie.

Les pratiques rapportées depuis plusieurs années sont avant tout marquées par des ingestions de quantités massives d'alcool qui concourent, notamment du fait de la violence qu'elles favorisent, à la socialisation difficile de ces usagers. L'usage des autres produits est contraint par leurs faibles revenus et se concentre en France sur les médicaments : opiacés, notamment sulfates de morphine et buprénorphine accompagnant ou poursuivant un usage d'héroïne le plus souvent débuté dans le pays d'origine, et benzodiazépines, notamment Valium®. Certains poursuivent également un usage d'amphétamine initié dans le pays d'origine. Polyconsommateurs, beaucoup connaissent une perte de maîtrise totale de leurs usages.

⁴⁷ Ces données sont issues des rapports des sites du réseau TREND ayant travaillé en 2005 sur le thème « nouveaux migrants et usage de drogue » à partir des outils de recueil en continu du réseau : observations ethnographiques, entretiens, groupes focaux et questionnaires qualitatifs. Il s'agit des coordinations de Marseille, Paris et Rennes. Elle seront synthétisées et publiées fin 2007.

Ces produits sont consommés très majoritairement par injection. Ils sont obtenus soit sur le marché parallèle, soit par prescription pour ceux, peu nombreux, qui ont accès à la CMU et qui contribuent également à alimenter le trafic. Celui-ci constituerait en effet un des moyens de la survie. La barrière de la langue et la violence de leurs relations rendent leur socialisation problématique, y compris parmi les autres usagers de drogue. Ajoutés à leur grande précarité sociale, ces éléments en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge. Ainsi, la montée quantitative de la présence de ces deux populations d'usagers dans les dispositifs de première ligne et de soins pose la question de leur adaptation à un public plus nombreux, plus jeune, plus hétérogène et dont le problème central se pose d'abord en termes de resocialisation.

II.3.3. Diversité des risques et des pratiques au sein du milieu festif techno.

Une étude quantitative en milieu festif techno réalisée en 2004 et 2005 après une démarche d'échantillonnage ethnographiquement raisonnée a permis d'estimer non seulement les niveaux d'usages de produits psychotropes en milieu festif techno, mais également la fréquence de certaines pratiques à risques (Reynaud-Maurupt et al. 2007). La phase quantitative de l'étude a été précédée par une phase de recherche ethnographique qui a permis de déterminer quatre « groupes d'affinité » repérables, à quelques variantes locales près, sur l'ensemble des sites. Parmi les usagers enquêtés, 829 avaient entre 16 et 24 ans.

On observe que les quatre « groupes d'affinité » fréquentant la scène techno, repérés lors de la phase ethnographique, se distinguent par leurs profils socio-démographiques mais aussi par des niveaux de consommation différents (Tableau 12.4). Ainsi, il existe une sorte de gradation entre la situation sociale et les pratiques des usagers selon le groupe préférentiellement fréquenté :

- le groupe Alternatif (rave et free parties). Une partie de cette population est constituée d'adeptes de la contre-culture.
- le groupe Urbain (bars musicaux). Ils se définissent avant tout comme mélomanes. Mieux insérés socialement, ce groupe comporte une part importante d'étudiants.
- le groupe *clubbing* (boîtes de nuit dédiées à la musique électronique). Il est constitué en majorité d'une population hédoniste qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Les établissements *gay friendly* investigués dans le cadre de l'enquête appartiennent à ce groupe d'affinité ;
- le groupe Sélect (boîtes nécessitant une co-optation ou bar exigeant une « tenue correcte »)⁴⁸. Il s'agit d'une population au niveau de vie plus élevé que dans les autres groupes qui cultivent « l'entre-soi » (Reynaud-Maurupt et al. 2007).

Les familiers de l'espace alternatif, plus jeunes, consomment en effet les produits à une fréquence plus importante. Ils ont davantage tendance à utiliser le sniff, voire l'injection. On peut ajouter (données non présentées ici) qu'ils fixent le risque lié à l'usage des produits à un seuil plus élevé que les autres groupes. Dans le même temps, leur niveau d'étude, leurs revenus et leur indépendance sont en moyenne plus faibles que pour les autres groupes. Cependant, si l'on peut observer notamment chez les jeunes qui fréquentent le milieu alternatif des fréquences d'usage importantes, la précarité sociale semble quantitativement limitée.

⁴⁸ Une description de ces différents groupes est disponible dans Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., Monzel, M., Moreau, C., Evrard, I., et al. (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxcrn9.html>.

Les données ethnographiques recueillies dans le cadre du dispositif TREND montrent depuis plusieurs années l'existence de glissements pour certains consommateurs vulnérables de l'usage festif vers un usage non maîtrisé.

Tableau 12.4. Caractéristiques démographiques et pratiques des quatre + groupes d'affinités repérés en milieu festif électronique, 2004-2005.

	Alternatif N = 337	Urbain N = 228	Clubbing N = 184	Select N = 80
Données socio-démographiques				
Hommes	65,6	64,5	51,1	52,5
Age moyen	21,0	21,3	21,2	22,1
Études supérieures après le baccalauréat	31,5	61,4	54,3	80,0
Logement chez les parents	37,1	35,3	38,8	39,5
Logement : chez des amis, précaire ou en institution	9,2	5,7	4,9	2,5
Activité rémunérée au cours des 6 derniers mois (continue, intermittente, stage rémunéré ou petit job)	71,5	71,5	72,8	65,1
Dont activité rémunérée continue	30,9	28,5	40,8	33,8
Étudiants au cours des six derniers mois	38,0	46,5	29,9	46,3
Chômage	9,5	3,9	7,1	1,3
CMU	16,0	3,8	3,8	3,5
Aucune couverture sociale	1,5	1,3	0,0	0,0
Raisons pour sortir le soir				
Prendre des drogues (important / très important)	38,5	24,8	14,2	6,4
Usage au moins une fois dans le mois				
Ecstasy	54,3	26,3	20,7	7,5
Cocaïne non basée	42,7	24,1	17,9	17,5
Crack ou free base	12,2	4,4	1,6	0,0
Amphétamines	30,9	9,6	5,4	1,3
Champignons hallucinogènes	23,7	16,2	2,7	1,3
LSD	22,0	7,9	2,7	1,3
Héroïne	13,4	2,2	1,1	1,3
Poppers	8,0	7,5	17,9	3,8
Kétamine	5,3	0,9	0,0	0,0
Cannabis quotidien	68,0	48,2	20,1	23,8
Plus de 10 verres d'alcool par occasion	17,7	14,9	6,9	9,3
Age moyen à la première ivresse	14,3	15,1	15,9	15,6
Mélange de 3 produits au cours d'une même soirée sans compter le tabac, durant les 30 derniers jours, dans les groupes d'affinité	69,2	40,8	23,9	18,8
Administration par voie injectable				
Oui, au moins une fois dans la vie	3,0	1,8	0	1,3
Oui, au moins une fois au cours du dernier mois	0,3	0,0	0,0	0,0

Source : Quanti-festif 2004-2005, OFDT / GRVS (données chez les moins de 25 ans non publiées)

II.4. Discussion.

Les populations à prévalence et fréquence d'usage de substances psychotropes élevées présentent une vulnérabilité sociale nettement plus importante que la population générale du même âge. Ces populations sont cependant hétérogènes et on différencie parmi elles des groupes clairement plus vulnérables que les autres soit sur le plan socio-économique, soit sur le plan des usages de produits et en général sur ces deux aspects à la fois. Il semble, par ailleurs, que dans les populations les plus précaires l'usage de drogues illicites ou de

médicaments détournés soit lié à une alcoolisation massive, qui, pour certains usagers constitue la consommation la plus problématique.

L'apport des données qualitatives dans la connaissance des populations vulnérables.

Dans un objectif de prévention, de réduction des risques, de soutien ou de traitement, il importe de pouvoir identifier les populations vulnérables suffisamment précisément et de pouvoir déterminer leurs besoins. Pour ce faire, il ressort de notre expérience que, pour ces populations déjà fortement consommatrices et présentant à des degrés divers une précarisation marquée, l'apport des données qualitatives semble supérieur à celui des données quantitatives.

La comparaison entre des SDF (et/ou logement précaire) et les autres usagers des structures de première ligne montre, certes, des écarts au plan de la précarité sociale, mais à partir des indicateurs utilisés, on repère, somme toute, peu de différences entre ces deux groupes au plan des usages (compte tenu des niveaux de consommation de la population globale sur laquelle on travaille). Il faut se pencher sur l'intentionnalité des usages de certains marqueurs, substitués aux opiacés essentiellement, pour observer des écarts.

Dans le cadre de la recherche de marqueurs, les données quantitatives ne font que confirmer ce que montrent les données qualitatives. L'utilisation de statistiques multivariées sur des échantillons plus larges permettrait peut-être d'identifier plus clairement des groupes vulnérables. Toutefois, les indicateurs courants habituellement utilisés manquent de finesse pour décrire les situations assez complexes (culture, relation avec la famille, parcours de vie...). De plus, une part des populations vulnérables en France en termes de pratiques à risque comme en terme de situation sociale ne parle pas français et, vivant parfois dans une certaine illégalité, fuit tout ce qui peut ressembler à un interrogatoire. Seule une approche plus compréhensive, avec traducteur éventuellement, peut permettre d'approcher ces personnes. Les données qualitatives permettent ainsi de construire des typologies beaucoup plus proches de la réalité et donc beaucoup plus opérantes pour cibler des populations précises et identifier leurs besoins. A l'inverse, lorsque des typologies ont été élaborées à partir des données ethnographiques, l'approche quantitative permet d'objectiver les phénomènes avec davantage de certitude comme le montre les résultats de l'enquête « quanti-festif ».

Le poids de la dimension sociale de la vulnérabilité

Sans entrer dans le débat de la causalité entre précarité sociale et usage de drogue, il semble que les difficultés sociales chez la majorité des jeunes usagers observés ne découlent pas de l'usage de drogues mais coexistent avec lui. Surtout, la vulnérabilité sociale apparaît comme un handicap important pour concevoir un travail de soutien et de prise en charge : absence d'accès aux soins, exclusion sociale favorisant une sociabilité uniquement parmi les pairs, absence de stabilité géographique pour mener à bien des soins éventuels ou un suivi social ou psychologique, etc. Aussi triviale que cette affirmation puisse paraître, tant elle est évidente, il est clair que la prise en compte de l'aspect socio-économique apparaît indispensable à la prise en charge des usages problématiques.

III. Description des jeunes de moins de 25 ans accueillis en CSST.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) réalisée pour la première fois à l'échelle nationale en 2005. L'objectif principal de RECAP est de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge en France pour des problèmes d'addiction dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Un objectif secondaire de RECAP est de fournir des informations à l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) conformément au protocole européen

d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays européens se sont engagés à respecter. Les établissements spécialisés en alcoologie ne sont actuellement pas intégrés dans le champ de compétences de l'OEDT. Les données exploitées ici concernent donc les patients de moins de 25 ans reçus dans les CSST pour leurs problèmes liés à l'usage de drogue. Ils peuvent avoir été accueillis soit dans le cadre habituel du CSST soit dans le cadre de la « consultation jeunes consommateurs » rattachée au CSST. Il n'est toutefois pas possible de distinguer, à partir des données RECAP 2005, les patients vus dans le cadre d'une « consultation jeunes consommateurs ». Le terme CSST fera donc référence indifféremment aux deux contextes d'accueil.

L'objectif est de présenter les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques d'usages de drogues des jeunes patients vus en CSST présentant certains critères de vulnérabilité et de mettre en évidence leurs particularités. Les groupes vulnérables prédéfinis *a priori* sont les sans-abri, les jeunes vivant en institution, les « délinquants » et les personnes ayant des antécédents psychiatriques. Les résultats de l'analyse de l'ensemble des patients reçus dans les CSST [2] et ceux d'une enquête spécifique réalisée auprès du public vu dans les « consultations jeunes consommateurs » [3] amènent à distinguer trois groupes de patients pour décrire leurs usages de drogues : les patients dont le motif principal de prise en charge est la consommation de cannabis, ceux qui sont reçus pour leurs difficultés avec les opiacés et/ou la cocaïne et ceux dont les problèmes sont liés à l'usage d'autres substances. Ces groupes sont constitués en tenant compte des informations concernant le produit consommé au cours des 30 derniers jours causant le plus de problèmes à l'usager, le produit ayant motivé le recours aux soins et l'existence ou non d'un traitement de substitution⁴⁹.

En 2005, on compte environ 15 200 patients âgés de moins de 25 ans reçus dans 95 CSST ambulatoires distincts, 15 centres thérapeutiques résidentiels et 2 CSST situés en milieu pénitentiaire. Cet effectif représente 34 % de l'ensemble du public accueilli dans ces structures décrit antérieurement [2]. Le taux de réponse pour la file active, comme pour le nombre de structures, est proche de 50 %.

Dans un premier temps, nous présentons quelques indicateurs de vulnérabilité observés dans la population des moins de 25 ans reçue dans les CSST. Parmi ces indicateurs, certains sont choisis pour constituer quatre groupes de patients (les « groupes vulnérables ») qui sont successivement décrits et comparés avec les jeunes patients « non vulnérables », ceux n'appartenant à aucun groupe vulnérable prédéfini.

III.2.1. Les critères de vulnérabilité

Le profil moyen des patients de moins de 25 ans pris en charge dans les CSST est celui d'un jeune de 20,3 ans vivant dans un environnement socio-économique relativement stable, habitant chez ses parents (65 %) dans un logement durable (81 %), et qui est orienté vers la structure de soins par la justice (40 %) ou par un proche (15 %) pour ses problèmes liés à l'usage de cannabis (63 %).

Ces moyennes ne doivent toutefois pas masquer les conditions particulièrement difficiles de certains usagers, tant aux niveaux social, économique et sanitaire, que du point de vue des contacts avec la justice et/ou les forces de l'ordre. On constate en effet que près d'un quart des moins de 25 ans rencontrés dans les CSST fait face à des difficultés financières : ils sont sans ressource (17 %) ou vivent de revenus de solidarité (6 %). La déscolarisation précoce touche 22 % des jeunes patients dont le niveau scolaire ne dépasse pas le BEPC. La précarité ou la difficulté du lieu de vie concerne 19 % des patients : ils vivent en institution (5 %) ou en établissement pénitentiaire (2 %), dans un logement provisoire (9 %) ou sont

⁴⁹ Un patient pris en charge pour ses difficultés avec le cannabis mais qui reçoit par ailleurs un traitement de substitution (anciens héroïnomanes par exemple) fera partie du groupe « opiacés/cocaïne »

sans domicile fixe (SDF, 2 %). Lorsque l'information est disponible⁵⁰, on observe une proportion non négligeable de personnes ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie (15 %) ou ayant un antécédent de tentative de suicide (13 %). Plus d'un jeune sur dix (12 %) a déjà été incarcéré.

Même s'ils sont minoritaires, certains jeunes patients vivent dans des conditions de grande vulnérabilité. Il s'avère utile de mieux les décrire, tant du point de vue de leur situation sociodémographique que de leurs usages de drogues, dans l'éventualité de mettre en évidence leurs spécificités. Une meilleure connaissance de ces groupes permettra d'adapter et d'améliorer les stratégies préventives et thérapeutiques pour mieux répondre à leurs besoins particuliers.

Les différents indicateurs de vulnérabilité sont parfois étroitement liés et souvent concentrés sur les mêmes personnes. C'est le cas par exemple de la déscolarisation précoce qui est naturellement à l'origine d'une précarité professionnelle et financière. Les groupes vulnérables retenus *a priori* sont constitués à partir de différents indicateurs portant sur le lieu de vie, l'existence d'actes de délinquance et la présence de troubles psychiatriques. Ainsi sont décrits successivement les patients sans domicile, les jeunes vivant en institution, ceux ayant déjà été incarcérés et/ou placés en milieu pénitentiaire et les patients ayant des antécédents d'hospitalisation psychiatrique et/ou de tentative de suicide. Pour chaque groupe vulnérable, la situation des patients est comparée à celle du public reçu qui n'a aucune des caractéristiques vulnérables étudiées. Les quatre groupes se recoupent parfois, une même personne pouvant présenter plusieurs facteurs de vulnérabilité. Sur l'ensemble des patients de moins de 25 ans reçus en CSST, 21,4 % ont au moins une caractéristique de vulnérabilité liée au lieu de vie (SDF ou vivant en institution), aux actes de délinquance et/ou aux antécédents psychiatriques. Parmi les patients vulnérables, la majorité ne présente qu'une caractéristique (86 %), mais une proportion non négligeable cumule deux critères (14 %) voire trois (1,2 %).

Tableau 12.5. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon les critères de vulnérabilité.

	Effectif	%
Patients sans domicile	316	2,4
Patients en institution	692	5,2
Patients « délinquants »	1277	11,9
Patients avec antécédents psychiatriques	1476	20,2
Patients avec au moins un critère de vulnérabilité	3256	21,4
Patients sans critère de vulnérabilité	11932	78,6
Total patients	15188	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

III.2.2. Les jeunes sans domicile

La population déclarant ne pas avoir de domicile est moins jeune que celle des patients « non vulnérables » (âge moyen de 21,7 ans vs 20,1 ans) et plus féminine (26 % vs 19 %). Majoritairement sans profession (inactif ou au chômage) (84 % vs 25 %) et sans ressource (54 % vs 15 %), les patients sans domicile reçus en CSST vivent pour la plupart seuls (64,5 % vs 12 %) ou avec leur conjoint ou des amis (18 % vs 12 %). Leur niveau d'étude est plus faible (Tableau 12.6). Le recours au CSST est principalement la conséquence d'une orientation par une autre structure socio-sanitaire (41 % vs 15 %) ou d'une demande

⁵⁰ Les taux de réponse aux questions sur les antécédents d'hospitalisation et de tentative de suicide sont respectivement 46 % et 42 %

spontanée de la part de l'utilisateur (40 % vs 21 %). Etant donnée la forte proportion d'individus ayant déjà utilisé l'injection chez les jeunes sans domicile (42 % vs 10 %), il n'est pas surprenant d'observer une prévalence déclarée du VHC dans la population des « injecteurs » plus élevée parmi les SDF (12,5 % vs 2,9 %). Un tiers des jeunes sans domicile a déjà été incarcéré. Certains jeunes SDF font état d'antécédents psychiatriques : 36 % ont déjà été hospitalisés pour motif psychiatrique autre qu'un sevrage et 29 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 12.6. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon le niveau d'étude.

	SDF		« Non Vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Primaire inachevé	2	1,0	19	0,2
Niveau primaire	18	9,3	187	2,2
Niveau BEPC	59	30,4	1429	16,8
Niveau BEP, CAP	89	45,9	3748	44,1
Niveau Bac	22	11,3	2351	27,6
Niveau Bac+2	3	1,5	500	5,9
Niveau au-delà Bac+2	1	0,5	269	3,2
Total patients	194	100,0	8503	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

On dispose d'informations sur les produits pour 282 jeunes SDF. Plus de la moitié est reçue en CSST pour des difficultés avec les opiacés et/ou la cocaïne (55 % vs 23 %), un quart l'est exclusivement au titre du cannabis (24 % vs 68 %) et environ un usager sur cinq est vu pour ses problèmes avec un autre produit (21 % vs 9 %).

Les usagers d'opiacés/cocaïne sans domicile se caractérisent par des pratiques à risque plus fréquentes : l'injection est le mode d'usage le plus utilisé (47 % vs 14 % chez les jeunes usagers d'opiacés/cocaïne « non vulnérables ») suivie du sniff (23 % vs 58 %). Deux usagers d'opiacés/cocaïne sur trois consomment quotidiennement, la plupart fait état d'une dépendance (78 %) et les deux tiers reçoivent un traitement de substitution.

Les jeunes SDF pris en charge en CSST pour leurs problèmes liés au cannabis se distinguent des autres usagers de cannabis « non vulnérables » par des niveaux de consommations nettement plus marqués. Les cas de dépendance sont plus fréquents pour les SDF que chez les patients « non vulnérables » reçus au titre du cannabis (73 % vs 41 %) et les usages à risques relativement moins nombreux (13 % vs 36 %).

Les jeunes SDF venus en consultation dans un CSST pour une autre substance mentionnent plus souvent des problèmes avec le crack (7 % vs 0,2 % chez les « non vulnérables » vus pour usages d'autres substances) et moins souvent avec le cannabis⁵¹ (7 % vs 18 %). Ils ont commencé leur consommation nettement plus jeunes (14,9 ans vs 16,7 ans) et font part de niveaux d'usages plus élevés (73 % vs 47 % d'usages quotidiens).

III.3. Les jeunes en institution

Les jeunes patients vivant en institution se distinguent des autres patients n'ayant aucun des quatre caractéristiques de vulnérabilité par des modalités de recours aux soins différentes. Ils sont principalement orientés vers le CSST par une institution, un service social ou une

⁵¹ Ces usagers ne font pas partie du groupe « cannabis » parce que le produit ayant motivé leur prise en charge en CSST est un autre produit que le cannabis

autre structure socio-sanitaire et moins souvent suite à une mesure judiciaire (Tableau 12.7). Majoritairement inactif ou au chômage (49 % vs 25 %), ils sont plus souvent sans ressource (32 % vs 15 %) et bénéficient plus rarement de revenus d'emploi (16 % vs 34 %). Une part plus importante a arrêté sa scolarisation à l'école primaire (9 % vs 2 %) ou n'est pas allé au delà du collège (42 % vs 19 %). Comme pour les SDF, la proportion de personnes ayant déjà utilisé l'injection est plus élevée parmi les jeunes vivant en institution (20 % vs 10 %) ; l'écart avec les « non vulnérables » est cependant moins marqué qu'il ne l'était pour les SDF. Parmi les injecteurs, la sérologie VHC est déclarée positive dans 10,5 % des cas (vs 2,9 %). Concernant l'état de santé mentale, un tiers fait part d'antécédents d'hospitalisations en psychiatrie et 27 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Les informations sur les produits sont disponibles pour 650 jeunes en institution (soit 94 %). Ils sont majoritairement pris en charge pour usage de cannabis mais le sont moins souvent que les jeunes patients « non vulnérables » (54 % vs 68 %). Les recours aux soins pour des problèmes liés à l'usage d'autres substances que les opiacés/cocaïne et le cannabis sont plus fréquents pour les jeunes vivant en institution (18,5 % vs 9 %).

Les jeunes vivant en institution et reçus en CSST pour leurs difficultés avec le cannabis, comparés aux patients « non vulnérables » usagers de cannabis, déclarent plus souvent un usage quotidien (63 % vs 46 %) qui relève davantage d'une dépendance (54 % vs 41 %) ou d'un usage nocif (28 % vs 23 %). Ils ont commencé leur usage plus jeunes (14,4 ans vs 15,4 ans).

Les jeunes usagers d'opiacés/cocaïne vivant en institution reçoivent plus souvent un traitement de substitution par rapport aux usagers d'opiacés/cocaïne n'appartenant pas aux groupes vulnérables (74 % vs 66 %). Le mode d'usage le plus répandu est le sniff (42 % vs 58 %) suivi de la voie intraveineuse (30 % et 14 %).

Les jeunes en institution sont caractérisés par une proportion plus forte de consultations en CSST pour des problèmes liés aux autres hallucinogènes (32 % vs 5 %) et par un moindre poids des prises en charge pour usage de cannabis (12 % vs 18 %), de tabac (3 % vs 16 %) et de MDMA (4 % vs 9 %). La consommation, en général régulière (usages quotidiens pour 49 % et pluri-hebdomadaires pour 19 %), est qualifiée de dépendance dans 42 %.

Tableau 12.7. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon l'origine de la prise en charge.

	Vivant en institution		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Le patient lui-même	159	24,1	2253	21,2
Les proches (familles/amis)	26	3,9	1726	16,2
Médecin de ville	16	2,4	523	4,9
CSST, assimilé	32	4,9	170	1,6
structures de RDR	13	2,0	151	1,4
Structure spécialisée en alcoologie	8	1,2	98	0,9
Equipe de liaison	19	2,9	29	0,3
Autre hôpital/autre sanitaire	45	6,8	245	2,3
Institutions et services soc	183	27,8	333	3,1
Obligation de soins	35	5,3	837	7,9
Injonction thérapeutique	26	3,9	912	8,6
Justice : classement avec orientation	21	3,2	1384	13,0
Autre mesure judiciaire ou administrative	50	7,6	1577	14,8
Milieu scolaire/Universitaire	13	2,0	249	2,3
Autre	13	2,0	145	1,4
Total patients	659	100,0	10632	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

III.4. Les jeunes « délinquants »

Le groupe des « délinquants » est composé de jeunes patients déclarant avoir déjà été incarcérés au moins une fois et/ou placés en milieu pénitentiaire. Comparés aux jeunes patients « non vulnérables » vus en CSST, les « délinquants » sont plus vieux (21,9 vs 20,1) et caractérisés par une proportion plus faible de filles (7,0 % vs 19 %). Ils consultent d'eux-mêmes (28 % vs 21 %) ou suite à une obligation de soins (23 % vs 8 %) et sont moins souvent orientés vers le CSST par une autre mesure de justice (16 % vs 36 %). Ils se distinguent des autres patients « non vulnérables » par une proportion plus élevée de chômeurs et d'inactifs et une moindre part d'étudiants (Tableau ci-dessous). Ils sont plus nombreux à avoir déjà utilisé la voie intraveineuse comme mode d'usage (21 % vs 10 %). Par rapport aux SDF et aux jeunes vivant en institution, la part des jeunes « délinquants » ayant des antécédents psychiatriques est plus faible : 22% ont déjà été hospitalisés et 18,5 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 12.8. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 suivant la situation professionnelle.

	« Délinquants »		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Activité rémunérée continue	161	14,7	1946	19,9
Activité rémunérée intermittente	168	15,3	1538	15,8
Chômage	321	29,3	1402	14,4
Etudiant, élève, stage non rémunéré	82	7,5	3789	38,9
Autre inactif	363	33,2	1067	10,9
Total patients	1095	100,0	9742	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

Les informations sur les produits consommés, disponibles pour 1108 jeunes « délinquants », montrent que le produit principal le plus souvent en cause dans leur prise en charge fait partie du groupe opiacés/cocaïne (46 % vs 23 % pour les jeunes patients « non vulnérables ») mais le poids du cannabis est relativement proche (40 % vs 68 %). La part des usagers en difficulté avec d'autres produits est plus élevée parmi les jeunes « délinquants » (15 % vs 9 %).

Les jeunes « délinquants » en difficulté avec les opiacés/cocaïne ont des modalités d'usage similaires à celles des jeunes patients « non vulnérables » pris en charge pour usages d'opiacés/cocaïne. Principalement usagers quotidiens (71 %), ils relèvent d'une dépendance (81 %) et utilisent majoritairement le sniff (54%) puis la forme fumée/inhalée (22 %).

Lorsqu'ils sont reçus dans les CSST pour leurs usages problématiques de cannabis, les niveaux de consommation sont plus forts chez les « délinquants » que chez les « non vulnérables » : l'usage quotidien de cannabis est plus fréquent (65 % vs 46 %), les cas de dépendance (53 % vs 41 %) plus nombreux par rapport aux autres patients « non vulnérables » reçus au titre du cannabis.

Les jeunes « délinquants » vus en CSST pour des problèmes liés à l'usage d'autres substances que le cannabis et les opiacés/cocaïne ont des niveaux de consommation supérieurs à ceux des jeunes usagers d'autres produits « non vulnérables » : 55 % (vs 45 %) font état de dépendance et 59 % sont usagers quotidiens (vs 47 %).

III.5. Les jeunes présentant des antécédents psychiatriques.

Dans la population des moins de 25 ans reçus en CSST, 1476 personnes (soit 20 %) présentent des antécédents psychiatriques. Parmi elles, 44 % ont déjà été hospitalisées en psychiatrie pour un motif autre qu'un sevrage, 31 % ont déjà fait une tentative de suicide et 25 % mentionnent les deux. Les patients avec antécédents psychiatriques sont en moyenne un peu plus âgés (21,1 vs 20,1 ans) et comprennent une proportion de femmes nettement plus élevée (35 % vs 19 %) que les jeunes patients n'ayant aucune des caractéristiques de vulnérabilité prédéfinies. Ces jeunes vivent plus fréquemment seuls (23 % vs 12 %), sans leurs parents (50 % vs 28 %). Ils mentionnent plus souvent un logement provisoire (15 % vs 9 %), 4,5 % d'entre eux sont sans logement et 10 % vivent en institution. Ce groupe se caractérise par une forte proportion de personnes percevant l'AAH ou le RMI (Tableau 12.9). Comparés au groupe des patients « non vulnérables », les consultants ayant des antécédents psychiatriques sont plus souvent orientés vers le CSST par des partenaires socio-sanitaires (34 % vs 15 %) ou sont venus d'eux-mêmes (32 % vs 21 %) et moins souvent suite à une décision de justice (14 % vs 44 %). Parmi les jeunes ayant des antécédents psychiatriques, 16 % ont déjà été incarcérés. L'injection a été expérimentée par plus d'un patient avec antécédents psychiatriques sur quatre (27 % vs 10 %) et la

prévalence déclarée au VHC parmi ceux qui déclarent avoir utilisé l'injection est plus élevée (8,4 % vs 2,9 %).

Les patients présentant une vulnérabilité psychiatrique par rapport aux autres jeunes patients « non vulnérables » sont plus souvent pris en charge dans les CSST pour leurs difficultés avec les opiacés/cocaïne (46 % vs 23 %) et d'autres substances (15 % vs 9 %) que pour des problèmes liés au cannabis (38 % vs 68 %).

Tableau 12.9. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005.

	Avec antécédents psychiatriques		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Revenus d'emplois	299	22,9	3171	35,5
ASSEDIC	119	9,1	729	8,2
RMI	34	2,6	72	0,8
AAH	65	5,0	74	0,8
Autres prestations sociales	66	5,1	321	3,6
Ressources provenant d'un tiers	415	31,8	3260	36,5
Autres ressources (y compris sans revenus)	306	23,5	1308	14,6
Total patients	1304	100,0	8935	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

Les patients reçus pour leurs problèmes avec les opiacés/cocaïne se distinguent des usagers d'opiacés/cocaïne « non vulnérables » par une prévalence plus forte de pratiques à risques : la voie intraveineuse est plus utilisée par les patients avec antécédents psychiatriques (24 % vs 14 %) au détriment du sniff (44 % vs 58 %). Près de la moitié des usagers d'opiacés/cocaïne avec antécédents psychiatriques a déjà expérimenté l'injection (47 % vs 28 %). Même si la part des patients recevant un traitement de substitution n'est pas différente (69 % contre 66 % parmi les « non vulnérables » usagers d'opiacés/cocaïne), le poids de la méthadone dans les traitements de substitution est plus élevé chez les patients ayant des antécédents psychiatriques (43 % vs 34 %) contrairement à celui de la BHD (55 % vs 63 %).

Les jeunes ayant des antécédents psychiatriques pris en charge au titre du cannabis ont commencé leur usage plus jeunes que les autres jeunes usagers de cannabis (14,8 ans vs 15,5 ans). Ils consomment plus fréquemment (69 % vs 46 % d'usagers quotidiens) et font plus souvent état d'une dépendance (62 % vs 41 %).

Le poids de l'alcool dans les prises en charge des jeunes présentant des antécédents psychiatriques est plus élevé (41 % vs 31 %) et la part du tabac et des autres hallucinogènes est plus faible (6 % vs 16 % et 1 % vs 6 %). Les jeunes avec antécédents psychiatriques ont une consommation plus précoce (15,8 ans vs 16,7 ans).

III.6. Discussion.

Les SDF se distinguent des autres groupes vulnérables par les difficultés socio-économiques et sanitaires les plus marquées. Ils sont les plus nombreux concernés par le chômage/inactivité, plus souvent sans ressources, vivant seuls et sans soutien de l'entourage. L'utilisation de la voie intraveineuse et la prévalence déclarée du VHC parmi les « injecteurs » SDF sont les plus élevées. Ils sont plus souvent concernés par des problèmes d'antécédents psychiatriques que les jeunes vivant en institution ou les jeunes « délinquants ».

Les personnes vivant en institution sont plus jeunes que les patients des autres groupes vulnérables et connaissent une situation un peu moins difficile que les SDF. Majoritairement pris en charge pour leurs difficultés avec le cannabis, elles déclarent des niveaux de consommation élevés qui restent tout de même inférieurs à ceux des patients SDF reçus pour usages de cannabis. Les usagers d'opiacés/cocaïne vivant en institution ont des pratiques à risques un peu moins fréquentes que les SDF et bénéficient plus souvent d'un traitement de substitution.

Le public des jeunes « délinquants », plus vieux et essentiellement masculin, se distingue des autres groupes vulnérables par des recours aux soins consécutifs à une obligation de soins plus fréquents. Les indicateurs relatifs à la santé sont moins préoccupants pour les « délinquants » que pour les patients des autres groupes vulnérables : ils ont moins d'antécédents psychiatriques, un taux d'expérimentation de la voie intraveineuse moins élevé et une prévalence déclarée du VHC plus basse. Les « délinquants » sont reçus pour leurs difficultés avec les opiacés/cocaïne ou le cannabis dans des proportions assez proches.

La population ayant des antécédents psychiatriques est la plus féminine des groupes vulnérables. Ces personnes accueillies dans les CSST bénéficient plus souvent de la présence de leur entourage (parent/proche) et de revenus de solidarité. Elles sont reçues dans les CSST pour des niveaux d'usages de drogues élevés et des pratiques de consommation risquées. Après les patients SDF, ils ont les prévalences d'usage d'opiacés/cocaïne, d'utilisation de la voie intraveineuse et du VHC les plus élevées.

Les patients vulnérables, quel que soit le facteur de vulnérabilité présenté, ont certaines caractéristiques socioéconomiques et sanitaires défavorables communes par rapport aux patients « non vulnérables », comme un niveau d'études plus faible, une situation professionnelle précaire ou inexistante, des ressources rares, des pratiques à risques plus fréquentes et une prévalence du VHC plus élevée. Ils se distinguent en revanche par des modalités de recours aux soins différentes.

Quel que soit le groupe vulnérable, la part des patients pris en charge pour opiacés/cocaïne et autres substances est plus élevée et le poids du cannabis est au contraire plus faible par rapport aux patients « non vulnérables ». Les usagers vulnérables d'opiacés/cocaïne ont un début de consommation plus précoce et des pratiques à risques plus fréquentes en comparaison avec les patients « non vulnérables ». Ceux qui sont reçus au titre du cannabis ont des niveaux de consommation plus élevés et des diagnostics d'usage plus graves que les patients « non vulnérables » usagers de cannabis.

Les résultats de cette analyse suggèrent que des liens existent entre la vulnérabilité socio-économique et les pratiques d'usages de drogues. Lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des patients de moins de 25 ans accueillis dans les CSST, on constate aussi que le poids de tous les facteurs de vulnérabilité est plus élevé parmi les usagers d'opiacés/cocaïne et d'autres substances que chez les jeunes vus pour usage de cannabis. Des études supplémentaires devraient être menées pour approfondir l'analyse du lien entre la vulnérabilité socio-économique et l'usage de drogues, et pour s'intéresser en particulier au sens de la causalité entre les deux.

IV. Conclusion générale.

Au-delà de la discussion autour du concept et de sa mise en œuvre pratique, c'est la pertinence même de la notion de vulnérabilité en tant que référence d'analyse qui peut être questionnée. On sait, grâce aux apports de la sociologie des inégalités et des ruptures sociales ou de la sociologie du travail et de la santé, que les individus et les groupes sociaux les plus vulnérables sont aussi les moins visibles, ce que tend à confirmer le présent travail. Un raisonnement fondé sur l'identification de vulnérabilités est donc par définition lacunaire, dès lors que les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées ne sont prises en compte ni dans les politiques publiques, ni dans les systèmes d'enregistrement statistique

qui en rendent compte (Beaud et al. 2006). Il est ainsi difficile de mesurer l'efficacité de ces stratégies de ciblage puisque dans les enquêtes, les non répondants sont souvent ceux qui sont visés par des dispositifs d'aide spécifiques.

Le présent travail ne doit pas laisser croire que les éléments sociodémographiques isolés dans la description des populations consommatrices de drogues sont de nature à se substituer à une explication des comportements d'usage, dont il faudrait rendre compte par des théories sociologiques ou psychologiques exogènes qui ne sont pas mobilisées ici. Quelles sont les raisons qui amènent à consommer du cannabis ou d'autres drogues de manière abusive ? Ce point est fondamental en raison de la dimension politique intrinsèque de ce type d'analyse épidémiologique. Les principales opérations présentées ici reviennent en effet, directement ou non, à « classer » des populations et à les hiérarchiser en fonction d'une problématique prédéterminée conforme aux besoins d'information des pouvoirs publics ou répondant à des intérêts scientifiques. La stratégie de repérage des facteurs de risque relatifs à une maladie ou un comportement individuel dommageable pour la santé relève certes de la santé publique mais elle est, théoriquement, tout aussi bien susceptible de « cibler » tous les comportements déviants ou indésirables. Finalement, l'observation des comportements d'usage s'appuie sur une politique d'intervention publique qu'elle alimente en retour, en la légitimant : en ce sens, elle contribue à une certaine forme de contrôle social et de normalisation des comportements.

Il faut rappeler à ce titre la complexité et l'intrication des liens entre les facteurs isolés dans ce travail et l'influence parfois contradictoire qu'ils ont sur les usages de drogues. Ce résultat est conforté par d'autres études qui invitent également à considérer les usages de drogues indépendamment de la vulnérabilité sociale entendue comme synonyme de précarité professionnelle, familiale, etc. La vulnérabilité, quelle qu'en soit la définition opérationnelle qu'on choisit de fournir, ne semble en effet pas une condition *sine qua non* de la consommation de drogues puisque certaines études montrent qu'être socialement inséré, avoir un travail stable, être en couple stable, ne serait pas incompatible avec l'usage régulier de drogues telles que la cocaïne ou l'héroïne (Fontaine 2006). Ces facteurs d'insertion sociale pourraient même être la condition d'un usage maîtrisé (usages festifs, le week-end, par des cadres, des traders, etc.) : autrement dit, le mode d'usage prime sur le produit.

13. Etat de la recherche sur les drogues en France.

I. ORGANISATION GENERALE DE LA RECHERCHE SUR LES DROGUES EN FRANCE.

I.1. Place de la recherche sur les drogues dans les priorités de la politique publique française en matière de lutte contre la drogue et de prévention des addictions.

Face à la rapidité des évolutions constatées ces dernières années en France en matière d'usage de drogues licites et illicites - en particulier chez les adolescents et chez les jeunes adultes mais aussi dans certaines populations spécifiques (par exemple les populations en grande précarité) - les responsables gouvernementaux ont fait le constat que le potentiel de recherche mobilisable, ainsi que les outils de connaissance et d'évaluation disponibles, restaient insuffisamment développés pour permettre aux pouvoirs publics de prendre en temps utile les décisions adaptées. Dans le même temps, les acteurs de terrain en charge de la prévention et du soin aux personnes dépendantes ont alerté les responsables politiques sur le caractère limité des ressources scientifiques à leur disposition (en termes d'expertise et d'évaluation) pour surmonter les enjeux et les difficultés de leur action au quotidien. C'est pourquoi le développement du dispositif d'observation et de recherche sur les drogues ainsi que sur les comportements de consommation et les phénomènes de dépendance est devenu, depuis 1998, un objectif prioritaire des plans d'action pluriannuels élaborés et mis en œuvre par les pouvoirs publics français.

Compte tenu de l'ampleur et de la diversité des besoins exprimés par les différents acteurs de la politique des drogues (administrations, structures de soins, associations, professionnels, société civile) en direction des milieux scientifiques, l'option a été prise de stimuler dans un premier temps le développement de l'ensemble des composantes de la recherche sur les drogues, c'est-à-dire aussi bien les neurosciences et la recherche clinique dans le domaine biomédical que la recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique dans le domaine des politiques publiques. Transversalement à ces diverses composantes, les pouvoirs publics ont mis en exergue dans les Plans d'action certains thèmes prioritaires comme très récemment la question cruciale du renforcement de l'efficacité des protocoles de soins aux personnes dépendantes ou encore la question délicate des liens entre consommation de drogues, violence et délinquance.

I.2. Principales caractéristiques du potentiel de recherche sur les drogues en France.

La France s'est dotée, dès le début des années 1980, d'une structure centrale de coordination de l'action gouvernementale en matière de drogues, à savoir la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Cette Mission est rattachée, depuis 1995, au Premier Ministre. Modeste à l'origine, ce rôle d'animation scientifique s'est amplifié au fil des années pour devenir, aujourd'hui, l'un des axes majeurs de l'action de la MILDT. Deux caractéristiques propres à la situation française en matière de recherche sur les drogues expliquent le rôle central confié à la MILDT depuis 1998 pour animer et coordonner la recherche.

I.2.1. Première caractéristique : la complexité des enjeux de la politique publique des drogues en regard des ressources scientifiques disponibles.

Même si la recherche en matière de drogues et d'addictions a beaucoup progressé depuis les 20 dernières années, les connaissances aujourd'hui disponibles restent insuffisantes par rapport à la diversité des besoins exprimés par les acteurs publics et les professionnels du champ pour la conduite et l'évaluation de leurs actions.

Tout d'abord, les acteurs publics ont besoin de connaissances descriptives : qui consomme quoi, quelle est l'évolution de la consommation, qui produit, qui commercialise ? Ce besoin de données descriptives, en amont des statistiques mesurant l'activité des services de l'Etat (comme les statistiques sur les saisies de drogues ou les interpellations pour usage) a motivé la mise en place, entre 1993 et 1996, de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) qui est relié institutionnellement et budgétairement à la MILDT. Cet observatoire collabore régulièrement avec l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) dans le cadre du réseau REITOX. On est là sur un registre de connaissances descriptives qui mobilise les disciplines statistiques et épidémiologiques ainsi que des compétences de nature socio-anthropologiques.

En deuxième lieu, les acteurs publics ainsi que les professionnels du soin et de la prévention doivent pouvoir accéder aux connaissances sur les mécanismes et les logiques sous-jacents aux conduites d'usage, d'abus et de dépendance, lesquelles sont indispensables pour progresser dans l'identification et la compréhension des dynamiques individuelles, familiales, sociales, et culturelles à l'œuvre dans la consommation de drogues, en y incluant leur substrat biologique. Cette explicitation des mécanismes sous-jacents passe par des démarches de recherche fondamentale, aussi bien dans le champ des neurosciences que dans celui des sciences de l'homme et de la société. On est là dans des domaines où la directivité (au sens d'une programmation contrainte de la recherche inspirée de l'extérieur par les pouvoirs publics) n'est ni possible ni souhaitable. En revanche, la démarche consistant à favoriser des consensus dans la communauté scientifique sur les pistes de recherche à explorer en priorité constitue une piste d'action intéressante que la MILDT utilise au moyen de séminaires scientifiques. La MILDT a par exemple réuni au printemps 2006 des spécialistes français et internationaux sur la cocaïne. Ce séminaire a permis d'identifier quelques pistes de recherche quant à des traitements efficaces de la dépendance à cette drogue, dont l'usage augmente en France.

En troisième lieu, les professionnels et les acteurs publics doivent pouvoir mobiliser les ressources de la recherche évaluative afin de mesurer les effets et les résultats des actions et des politiques mises en œuvre (systèmes de prévention par l'information ou l'éducation, outil législatif et réglementaire, dispositifs de soins et de prise en charge, dispositifs de réduction des risques). Cette recherche évaluative mobilise centralement trois champs de recherche distincts : la recherche clinique sur le versant « soins » ; la recherche en santé publique sur les versants prévention par l'information et l'éducation, réduction des risques et définition des indicateurs de santé ; la recherche en évaluation des politiques publiques qui nécessite les concours croisés de la sociologie, du droit et des sciences politiques, de la criminologie (peu développée en France) et de l'économie publique..

1.2.2. Deuxième caractéristique : la pluralité et la dispersion des acteurs de la recherche française dans le champ des drogues.

La France n'a pas développé de stratégie scientifique particulière ciblée sur ce secteur de recherche depuis les années 60. De ce fait, les milieux scientifiques impliqués dans les activités de recherche sur les drogues et les phénomènes d'abus et de dépendance sont relativement dispersés.

Dans le champ des neurosciences, le potentiel de recherche se répartit entre les laboratoires de deux organismes publics de recherche (l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [INSERM] et le Centre National de la Recherche Scientifique [CNRS]) auxquels il convient d'ajouter quelques laboratoires universitaires ou liés à des Grandes Ecoles. Cette dispersion ne fait pas réellement obstacle au dynamisme particulier de ce secteur de la recherche sur les drogues: il s'agit d'un milieu de recherche très actif et relié aux grands courants de la recherche internationale.

La situation est beaucoup moins favorable pour les Sciences Humaines et Sociales (SHS). Les équipes de recherche en SHS se localisent pour partie dans les Universités, pour partie au CNRS (département des Sciences de l'Homme et de la Société) avec un nombre significatif de laboratoires et de groupes de recherche « associés » à des Universités, pour partie à l'INSERM (économie et sociologie de la santé), pour partie à l'Institut National de la Recherche Agronomique (économie et sociologie de la consommation alimentaire), pour partie à l'Institut de Recherche sur le Développement (géographie, économie et sociologie du développement), pour partie à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, et pour partie dans le milieu associatif et militant. Cette dispersion des équipes se double d'un éclatement des problématiques de recherche développées. Cette situation est préjudiciable aux échanges et aux confrontations qui restent, dans le milieu des SHS, beaucoup plus épisodiques et limités que dans la recherche biomédicale. On relève également une moindre ouverture des équipes sur la recherche internationale et sur la dimension européenne.

S'agissant du potentiel de recherche en santé publique, les équipes concernées se répartissent entre l'OFDT déjà cité, l'INSERM (épidémiologie, biostatistiques), les centres hospitalo-universitaires disposant de départements de santé publique et/ou de dispositifs de pharmacovigilance ou de toxicovigilance, les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), des Agences sanitaires (l'Institut de Veille Sanitaire et l'Institut de Prévention et d'Éducation pour la Santé), sans oublier le milieu associatif des intervenants de terrain.

S'agissant enfin de la recherche clinique sur les traitements de la dépendance, les équipes actives dans ce domaine se répartissent entre les services psychiatriques hospitalo-universitaires, les services de pharmacologie, les Centres spécialisés de traitement des personnes dépendantes qui, en France, se sont constitués historiquement à l'extérieur des hôpitaux, sans oublier les équipes de recherche pré-clinique et clinique des industriels du médicament (en particulier pour les substituts nicotiques et pour les médicaments de substitution aux opiacés).

I.3. Organisation actuelle du dispositif d'animation et de coordination de la recherche sur les drogues en France.

Face à l'augmentation de la consommation de tabac, de cannabis et de drogues de synthèse parmi les adolescents et les jeunes adultes et au développement rapide de l'épidémie de Sida parmi les usagers injecteurs d'opiacés, il semblait peu réaliste d'abandonner totalement l'indispensable effort de recherche sur ces questions à la seule initiative des chercheurs. C'est pourquoi le choix a été fait, en France, de confier cette fonction de coordination à la MILDT qui est une structure gouvernementale.

I.3.1. Axes d'action de la MILDT en matière de recherche.

La MILDT s'attache à stimuler la recherche sur les drogues et les addictions dans deux grandes directions complémentaires.

Première direction : une politique active de soutien au développement de connaissances nouvelles.

Cette première orientation donne lieu à plusieurs modalités d'action.

Tout d'abord, la MILDT couvre la quasi totalité des besoins financiers liés aux activités de l'OFDT afin d'assurer, entre autre, la permanence du dispositif d'observation qui comprend des enquêtes épidémiologiques en population générale sur les niveaux de consommation et leurs évolutions ainsi que le dispositif d'alerte et de surveillance des tendances nouvelles en matière d'usages de drogues (le dispositif Trend-Sintes). Ce soutien représente, chaque année, une enveloppe financière de 3,4 millions d'euros, soit 24,5 millions d'euros sur la période 2000 - 2007. De façon complémentaire, la MILDT apporte un soutien financier

régulier à un réseau français de Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) en partenariat avec l'Agence Française du Médicament (l'AFSSAPS). Ce soutien est de l'ordre de 300 000 euros par an soit environ 2,1 millions d'euros sur la période 2000 – 2007. Ces centres ont une mission de pharmacovigilance et de toxicovigilance relative à la consommation de substances ou de médicaments psychoactifs détournés de leur usage et développent des études sur le potentiel d'abus et de dépendance de ces substances.

Ensuite, la MILDT a mis en place, depuis 1999, un système permanent d'incitation à la recherche qui se traduit par le lancement, chaque année, d'un appel d'offres multithématique (biomédical, santé publique, sciences humaines, sociales et politique) afin d'encourager des travaux sur l'ensemble du champ des addictions. Ce dispositif associe à la MILDT deux autres partenaires: l'INSERM et l'Institut National du Cancer, institution d'expertise et de recherche récemment créée. Au travers de ce dispositif d'appels d'offres, la MILDT et ses partenaires encouragent des démarches de recherche fondamentale orientées tant vers la compréhension des mécanismes d'action que des projets de recherche à vocation d'application, que ce soit dans le champ du soin, dans celui de la prévention ou encore, dans celui de l'évaluation des politiques publiques. Enfin, l'appel d'offres encourage également les chercheurs à travailler sur certaines interfaces disciplinaires (neurosciences/disciplines cliniques ; disciplines cliniques/sciences humaines et sociales) afin de promouvoir une compréhension intégrée des phénomènes de consommation et de dépendance.

Au total, sur la période 1999 – 2006, le dispositif d'appel d'offres a permis de financer plus de 100 contrats de recherche dont la moitié environ sont aujourd'hui achevés. Ce soutien financier représente une enveloppe financière globale de 6,3 millions d'euros sur l'ensemble de la période, soit environ 800 000 à 1 million d'euros par an, ce qui situe l'aide moyenne par projets à 60 000 € versés sur deux ans. Un Conseil scientifique placé auprès de la MILDT et composé d'experts de haut niveau issus des diverses disciplines concernées préside à une évaluation et à une sélection rigoureuses des projets financés.

Approximativement 20 % des recherches soutenues sont des projets en neurosciences, 20 % correspondent à des projets cliniques et les 60 % restants correspondent à des projets en sciences humaines et sociales et/ou en santé publique. Cette part importante de projets financés en SHS est une orientation délibérée : il s'agit pour la MILDT et ses partenaires d'étoffer et de stabiliser un potentiel de recherche qui reste encore fragile dans ce domaine.

Au fil du temps et tout en préservant le caractère ouvert de ses appels d'offres, la MILDT a mis en exergue un nombre limité de priorités de recherche en rapport avec les besoins de l'action publique. Parmi ces priorités figure par exemple la question des arrêts spontanés de consommation (en dehors de toute prise en charge thérapeutique, ce que les anglo-saxons appellent le « changement sans traitement ») qui renvoie à des questions importantes sur les indications et les limites de la prise en charge médicale des conduites addictives, celle de l'innovation en matière de prévention et de prises en charge cliniques, ou celle encore du développement récent des addictions sans produit comme les addictions aux jeux ou à l'Internet.

De façon complémentaire, la MILDT finance régulièrement depuis 2001, en collaboration avec le Ministère français de la Recherche et les Universités, des bourses de thèse pour des doctorants ayant fait le choix de préparer leur doctorat dans le domaine des drogues et de la recherche en addictologie.

Aux côtés de la MILDT, quelques autres institutions françaises publiques ou privées interviennent dans le financement de la recherche sur les drogues. Il s'agit tout d'abord du Ministère de la Santé qui finance, certaines années, quelques projets cliniques sur les protocoles de prise en charge des addictions dans le cadre d'un dispositif national de

financement de la recherche dans les hôpitaux français : le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). Le Ministère de la Santé finance également quelques études de terrain sur des populations particulières d'usagers de drogues. Par ailleurs, deux agences publiques spécialisées, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et l'Institut de Veille Sanitaire soutiennent régulièrement des enquêtes et des projets de recherche sur les relations entre consommation de drogues par voie intraveineuse et maladies transmissibles (VIH et VHC pour l'essentiel). Enfin quelques associations et fondations de droit privé représentant soit les professionnels concernés, soit les usagers, soit les entreprises liées de différentes façons au secteur (distributeurs de boissons alcoolisées, industries du tabac, firmes pharmaceutiques) financent plus ou moins régulièrement des travaux d'enquête et de recherche.

Deuxième direction : politique de synthèse et de mise à disposition des connaissances scientifiques acquises.

A côté de l'action visant à stimuler la production de connaissances nouvelles, la MILDT s'attache également à mettre à disposition des pouvoirs publics et des acteurs de terrain, les connaissances scientifiques disponibles pouvant être utiles à l'orientation de leurs actions.

La MILDT organise des colloques afin de présenter et de valoriser les résultats des recherches qu'elle soutient dans le cadre de sa politique d'appels d'offres. Le dernier colloque de ce type s'est tenu en février 2005 à Paris. Ensuite, la MILDT sollicite régulièrement l'INSERM pour réaliser à sa demande des expertises collectives qui ne sont pas à proprement parler des études: il s'agit de bilans critiques des connaissances disponibles réalisés par un groupe multidisciplinaire de scientifiques réunis par l'INSERM et qui va analyser et synthétiser, en quelques mois, la littérature publiée sur un sujet défini. Il s'agit donc typiquement d'une activité d'expertise et d'évaluation des connaissances à partir de la recherche. Compte tenu de la conflictualité qui caractérise, en permanence, le champ de l'intervention publique en matière de drogues, ce recours à l'expertise collective présente pour les autorités françaises une double utilité : établir un état objectif des connaissances validées sur des sujets qui donnent habituellement lieu à l'expression d'opinions contradictoires et favoriser ainsi l'émergence de constats partagés ; permettre une programmation pertinente des recherches en mettant en évidence les lacunes de la connaissance sur une question donnée.

Depuis l'année 2000, quatre expertises collectives ont ainsi été réalisées par l'INSERM à la demande de la MILDT. La première *sur les bénéfiques et les risques de la consommation d'alcool pour la santé* a été achevée en juillet 2001 et ses résultats rendus publics en septembre 2001. La seconde *sur les effets sur la santé et sur le comportement de la consommation de cannabis* a été achevée en septembre 2001 et ses résultats ont été diffusés en novembre 2001. Deux autres expertises ont été menées à bien, l'une *sur les risques individuels et les dommages sociaux associés à la consommation d'alcool* dont les résultats ont été diffusés dans le courant du deuxième semestre de l'année 2002, l'autre *sur la question de la dépendance au tabac : mécanismes d'installation, réversibilité, facteurs associés à la réussite et aux échecs des tentatives d'arrêt de la consommation* dont les conclusions ont été rendues publiques en 2003.

La réalisation de ces expertises n'a pas eu pour seul but de faire émerger des constats partagés à côté des incertitudes entourant certains aspects des questions traitées. Un travail de diffusion des résultats de ces synthèses critiques, à partir de ces travaux, a été réalisé à leur suite en direction des pouvoirs publics et des professionnels ainsi que de la société civile. Ainsi la rédaction des documents de prévention régulièrement édités par la MILDT à destination du grand public, à commencer par la récente réactualisation du livre – repère « savoir plus, risquer moins » qui s'intitule à présent « Drogues et dépendance, le livre d'information », s'appuie-t-elle directement sur les données validées rassemblées dans les quatre expertises précitées. Plus largement, la Mission collabore activement avec l'INSERM

pour aider à la diffusion extensive des conclusions des expertises et contribuer ainsi à harmoniser la parole publique ou privée sur des questions qui touchent finalement à la vie quotidienne de tout un chacun. Rien n'est plus contreproductif en effet qu'une parole publique « éclatée » sur la question des drogues car cela génère le plus souvent une incertitude qui est un facteur de paralysie des acteurs de terrain.

I.3.2. Les liens entre « recherche sur les drogues » et « politiques publiques » en France.

Dans le contexte français, les liens entre « recherche » et « action publique » s'instaurent assez facilement dans le domaine de la recherche descriptive et de l'observation épidémiologique des tendances de consommation. Les différents acteurs de la politique des drogues (administrations, professionnels, experts, associations,...) utilisent les données régulièrement produites par l'OFDT. De la même manière, les cliniciens qui prennent en charge les patients souffrant d'addiction ont intégré la nécessité de se tenir régulièrement informés des résultats de recherche touchant à leurs différents domaines de spécialité. Sur des questions particulièrement complexes, des sociétés de cliniciens ont d'ailleurs pris l'initiative d'organiser des conférences cliniques de consensus en lien avec l'agence spécialisée, en France, dans l'organisation de ce type de manifestation (l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : l'ANAES). C'est ainsi que deux conférences de consensus se sont tenues ces dernières années en France, l'une sur les stratégies de prise en charge des patients alcoolodépendants, l'autre sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé pilote les activités de Commissions d'experts destinées à l'aider à appréhender les dimensions scientifiques des problèmes auxquels l'administration doit apporter des réponses sous forme législative ou réglementaire. S'agissant du domaine des drogues, c'est notamment le cas de la Commission Nationale des Stupéfiants et des Substances Psychotropes qui fournit aux autorités françaises des avis motivés sur l'opportunité de classer comme stupéfiant certaines substances dont les usages se développent ou se transforment. C'est également le cas d'une nouvelle Commission « addictions », récemment installée et qui doit aider les autorités de santé à prendre des décisions adaptées pour la prise en charge des personnes dépendantes à partir des données scientifiques disponibles.

En revanche, dans les domaines couverts par la recherche fondamentale, les liens entre « avancées de la recherche » et « action publique » apparaissent beaucoup plus problématiques. Cela tient au fait que les référentiels de la recherche fondamentale sont, par nature, très différents des référentiels de la décision et de l'action familiers aux décideurs politiques. Par ailleurs, peu d'acteurs de la politique des drogues disposent de la formation scientifique qui leur permettrait de tirer directement parti des progrès de la recherche fondamentale. C'est précisément en regard de ces obstacles qu'un organisme comme l'INSERM a développé son système d'expertises collectives et que la MILDT l'utilise dans son champ de compétences.

Dans le même ordre de difficulté, on observe en France un retard dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques mises en œuvre par rapport à ce qui se pratique couramment dans les pays anglo-saxons. Cela tient à plusieurs facteurs : la relative jeunesse de la recherche évaluative en France, qu'il s'agisse d'évaluer des politiques ou d'évaluer des dispositifs de prévention ou de réhabilitation ; l'absence chez beaucoup d'acteurs d'une culture de l'évaluation ; la trop faible diffusion des méthodes et des outils de l'évaluation. Il s'agit d'un chantier important pour les années à venir dans lequel la MILDT s'investit fortement.

II. TENDANCES ACTUELLES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE SUR LES DROGUES ET LES ADDICTIONS EN FRANCE

II.1. Les voies de recherche en neurosciences des addictions

Les équipes françaises spécialisées en neurosciences concentrent leurs investigations pour l'essentiel sur trois grands axes de recherche, en synergie étroite avec les grands courants de la recherche internationale.

II.1.1. La compréhension approfondie des mécanismes d'action neurobiologique impliqués dans l'installation et le maintien des comportements de dépendance aux drogues.

Cette compréhension passe par une analyse des interactions qui interviennent aux niveaux cellulaire et moléculaire entre les différents systèmes neuronaux impliqués, en particulier lors du passage d'une consommation maîtrisée à une consommation compulsive. Si chacun des différents systèmes est actuellement assez bien connu dans son fonctionnement d'ensemble et dans sa contribution potentielle à l'amorçage et/ou au maintien de processus addictifs (à commencer par le système clé des neurones dopaminergiques), la question de leur interdépendance et de leurs interactions réciproques reste un sujet encore mal cerné. C'est ainsi que la MILDT soutient plusieurs projets de recherche qui participent de cette approche prospective dont un projet sur le rôle des systèmes sérotoninergique et cannabinoïdique dans la dépendance à l'alcool à l'aide de modèles murins génétiquement modifiés (Laurence LANFUMEY – Unité INSERM U. 288 - Paris), un autre relatif à l'interaction des systèmes dopaminergique et noradrénergique dans la dépendance aux opiacés (François GEORGES – UMR CNRS 5541 – Bordeaux), et un troisième sur l'interaction entre le système dopaminergique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (hormones glucocorticoïdes) dans la modulation des effets addictifs de la cocaïne et d'autres psychostimulants (Pier Vincenzo PIAZZA – Unité INSERM U.588 – Bordeaux).

II.1.2. L'exploration des facteurs biologiques de vulnérabilité à l'addiction.

Tous les consommateurs de drogues ne deviennent pas dépendants, c'est-à-dire ne s'installent pas dans une prise compulsive du produit maintenue malgré ses conséquences néfastes. Seule une minorité d'entre eux (entre 5 et 15% des usagers selon les produits) deviennent réellement dépendants. Se pose alors la question des facteurs différentiels qui expliquent cette variabilité interindividuelle de la vulnérabilité à l'addiction. Cette voie de recherche est actuellement explorée par un assez grand nombre d'équipes; elle représente un enjeu important pour améliorer les traitements de la dépendance au travers d'une meilleure prise en compte du substrat biologique des vulnérabilités individuelles. La MILDT soutient les travaux de plusieurs groupes de recherche qui s'intéressent à des facteurs de vulnérabilité tels que l'alcoolisation in utero, le stress périnatal, les mutations génétiques touchant certains des récepteurs activés par la consommation de drogues, les interactions gènes/environnement, ou encore les phénomènes d'hypersensibilité aux glucocorticoïdes.

II.1.3. Les recherches en neuroimagerie.

La différenciation des réactions cérébrales entre le consommateur occasionnel de drogues et le consommateur dépendant constitue l'un des acquis majeurs des travaux récents en neuroimagerie. Sur des substances aussi différentes que l'héroïne, le tabac ou l'alcool, les études réalisées mettent en évidence le fait que les usagers dépendants réagissent différemment des usagers occasionnels au cours du processus de récompense, que ce soit en termes de niveau d'activation neuronale qu'en termes de nombre de structures cérébrales activées. La MILDT soutient les travaux de plusieurs groupes de recherche français qui

travaillent en pré-clinique et en clinique humaine sur différents paramètres de la dépendance au tabac, aux opiacés et au cannabis à partir de techniques de neuroimagerie. Citons les travaux coordonnés par Jean-Luc MARTINOT et Christian TRICHARD (Unité mixte INSERM – CEA à Orsay) sur l'inhibition de certains sites cérébraux chez des fumeurs réguliers de tabac.

2.2. Les voies de recherche en clinique des addictions.

La multiplication des échanges entre les différentes spécialités investies dans la médecine des addictions depuis les huit dernières années (alcoologues, tabacologues, spécialistes des drogues illicites) a créé un environnement favorable à l'essor de la recherche clinique sur la prise en charge des comportements de dépendance. En confrontant leurs pratiques, les cliniciens ont été à même d'identifier des problèmes communs et récurrents dans la conduite des traitements tels que la question du *craving* (envie irrésistible de reprendre le produit sous l'effet de stimuli extérieurs et en l'absence de syndrome de sevrage) qui reste un facteur majeur de rechute, la régulation des mésusages (injection de Subutex®, poursuite de la consommation habituelle de tabac sous patch nicotinique, report de la consommation sur d'autres produits addictifs...), sans oublier la question de la prise en charge des troubles psychiatriques sous-jacents. Par rapport à ces différentes dimensions des traitements, la recherche clinique actuelle en addictologie se développe, pour l'essentiel, sur quatre axes.

II.2.1. L'explicitation des processus cognitifs, émotionnels et affectifs impliqués dans l'autorenforcement des conduites addictives.

Ce premier axe de recherche est le fait de psychologues cliniciens et de psychiatres investis dans les prises en charge de personnes dépendantes. L'enjeu des travaux entrepris est de mettre en évidence les affects, les émotions et les cognitions qui sont engagés par le patient dans le maintien de son comportement addictif et qui constituent autant d'obstacles à sa prise de distance par rapport au produit et à la reconquête de sa liberté de choix. La MILDT soutient plusieurs équipes cliniques qui participent de cette approche sur des thèmes aussi divers que la régulation des émotions et la recherche de sensations chez des patients tabagiques ou alcooliques (Solange CARTON – Université de Paris 5), les dissonances cognitives chez les fumeurs de tabac dépendants (Patrick GOSLIN – CNRS – Université de Paris 10 - Nanterre), la capacité à faire face au stress de l'abstinence chez des patients alcoolo-dépendants, ou encore l'impact spécifique de la réactivité psychophysiologique chez des patients dépendants aux opiacés (Marc AURIACOMBE – Université de Bordeaux 2).

L'analyse des comorbidités psychiatriques.

La MILDT soutient la réalisation de plusieurs contrats de recherche sur des thèmes d'actualité comme les relations entre schizophrénie et consommation de cannabis ou encore l'analyse de l'interactivité entre des troubles psychopathologiques et des traits spécifiques de personnalité en amont de l'installation de la dépendance (échantillons de populations non cliniques).

L'analyse des conséquences neuropsychologiques et somatiques des conduites addictives et des effets indésirables des traitements.

Là encore, la MILDT s'efforce d'être présente sur cette dimension importante de la recherche clinique en soutenant des groupes de recherche qui travaillent sur des thèmes aussi divers que la mesure des altérations neuropsychologiques induites par l'alcoolodépendance (Michel REYNAUD – Hôpital Paul Brousse – Villejuif), les mécanismes biophysiques à l'oeuvre dans les dysfonctions myocardiques induites par la consommation de cocaïne (Christelle MONTEIL – Unité INSERM U.644 – Rouen) ou encore les mécanismes des troubles respiratoires pouvant être provoqués par l'association d'un traitement par le Subutex

et la prescription concomitante de benzodiazépines (Frédéric BAUD – Hôpital Fernand Widal – Paris).

II.2.4. La construction et l'évaluation de protocoles cliniques pour de « nouvelles » dépendances

Au cours des dix dernières années, les cliniciens français ont dû faire face à une croissance rapide des demandes de traitement pour des formes d'addiction relativement nouvelles comme la consommation intensive de cannabis ou l'usage addictif et parfois exclusif de la cocaïne et/ou du crack. Il s'est révélé d'autant plus difficile pour ces cliniciens de prendre en charge ces patients d'un nouveau type qu'il n'existe pas actuellement de traitement de référence efficace, que ce soit pour la dépendance à la cocaïne ou pour l'addiction au cannabis. C'est la raison pour laquelle la MILDT a pris l'initiative de soutenir deux opérations de recherche d'une certaine ampleur. La première est un protocole de recherche clinique multicentrique européen appelé INCANT Study : *INternational CAnnabis Need of Treatment*, avec pour objectif l'évaluation d'un protocole de thérapie familiale multidimensionnelle (la méthode MDFT) pour de jeunes consommateurs intensifs de cannabis. L'étude INCANT veut tester la transposabilité de la méthode MDFT, mise au point par des cliniciens de Miami, à des contextes de soins européens ainsi que son efficacité par rapport aux démarches thérapeutiques habituelles. Cinq pays participent à cette étude prospective qui va se prolonger jusqu'en 2009 : la France, la Hollande, la Belgique, l'Allemagne et la Suisse. La MILDT soutient financièrement les deux équipes françaises qui sont parties prenantes de cet essai multicentrique européen, à savoir l'équipe d'Olivier PHAN (Institut Mutualiste Montsouris – Unité INSERM 669 – Paris) et celle de Jean-Pierre COUTERON (CEDAT – Mantes la Jolie). Ce soutien financier représente, au total pour la MILDT, un budget de 890 000 € sur la période 2005 – 2009. Le budget global de l'étude INCANT s'élève à près de 4,5 millions d'euros pour les 5 pays sur la même période. Le second protocole de recherche clinique soutenu par la MILDT est un premier volet d'étude relatif au traitement d'usagers dépendants de la cocaïne. Il s'agit de tester l'apport d'un traitement par le modafinil pour améliorer le sevrage de patients hospitalisés pour dépendance à la cocaïne. Cet essai clinique s'appuie à la fois sur des hypothèses récentes issues de la recherche en neurosciences quant au rôle du transporteur de la dopamine (DAT) dans l'installation et le renforcement de l'addiction à la cocaïne et sur des techniques d'imagerie médicale à haute résolution. Ce projet en cours est porté par Michel REYNAUD et Laurent KARILA de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif.

II.3. Les voies de recherche en sciences humaines et sociale et en santé publique.

II.3.1. L'analyse des pratiques professionnelles dans leur interaction avec les attitudes et les caractéristiques des patients.

Ce premier courant de recherche est porté par des équipes en sociologie quantitative, en sociologie des professions et en anthropologie médicale. On sait depuis longtemps que l'efficacité des traitements ne dépend pas seulement des caractéristiques pharmacologiques des médicaments prescrits et/ou de la technique de prise en charge mise en oeuvre par le soignant (psychothérapeutique ou cognitivo-comportementale). Le contexte et la qualité de la relation établie dans le cadre du soin sont déterminants, notamment pour l'observance par le patient de son traitement. Dans la construction de cette relation interviennent une multiplicité de facteurs parmi lesquels la culture et les pratiques professionnelles des soignants, l'histoire du patient, les dimensions imaginaires et symboliques que ce dernier projette sur les éléments du soin (en particulier son rapport au médicament), ses croyances, valeurs et représentations, sans oublier les caractéristiques sociales ou familiales qui participent de son identité et qui structurent sa relation à l'institution médicale. La MILDT soutient plusieurs recherches qui s'inscrivent dans cet axe de préoccupation. Deux contrats de recherche aujourd'hui achevés portent sur la question des pratiques de prescription des médicaments

psychotropes en lien avec les caractéristiques des médecins et des populations consultantes en y incluant leur rapport symbolique au médicament (Philippe LE MOIGNE – Cesames Unité INSERM U.611 – Paris ; Anne LOVELL – Diasporas – Université de Toulouse Le Mirail). Une autre recherche a trait à la question des facteurs d'hétérogénéité des pratiques médicales des médecins de ville dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés (Isabelle FERONI – Unité INSERM U.379 - Marseille). Une autre a aussi pour cadre la médecine générale, afin de caractériser les différentes pratiques des médecins de ville en matière de détection et de prise en charge du tabagisme de leurs patients (Valérie SCHWOEBEL – GRES Médiation Santé – Toulouse).

II.3.2. Les relations entre consommation de drogues, actes de violence et de délinquance.

Les chercheurs français recommencent à explorer cette voie de recherche⁵². La MILDT contribue au financement d'une enquête épidémiologique relative aux violences envers les femmes en Nouvelle Calédonie (enquête ENVEFF) qui comporte un sous-ensemble relatif aux relations entre ces violences et la consommation d'alcool ou de drogues illicites de l'agresseur mais aussi de l'agressée (Marcel GOLDBERG – Unité INSERM U.88 – Saint Maurice). Deux contrats de recherche portent sur les contentieux et le traitement pénal des violences et accidents de la route liés à des conduites récurrentes d'alcoolisation (Claudine PEREZ-DIAZ, Cesames Unité INSERM U. 611 – Paris ; Jean-François LAE, Source – Université de Paris 8).

II.3.3. L'analyse et l'évaluation des politiques publiques en matière de drogues.

La MILDT a souhaité dès l'origine et à travers ses appels d'offres favoriser des travaux de recherche et d'évaluation sur les transformations des politiques publiques sensibles depuis quinze ans. Elle a mobilisé des équipes de juristes, de sociologues du droit, et de spécialistes de sciences politiques. A l'heure actuelle plusieurs projets de recherche sont soutenus portant sur des thèmes divers comme la question des relations et médiations entre le milieu associatif et les pouvoirs publics dans les dispositifs de prévention (Didier TAVERNE – Sciences, territoires et Sociétés – Université de Montpellier), les transformations du secteur spécialisé de prise en charge des patients dépendants (Benoit BASTARD – CNRS – Centre de Sociologie des Organisations – Paris), les enjeux économiques et commerciaux du classement international des drogues (François-Xavier DUDOUE – CNRS ESA 7026 – Nanterre), ou encore une comparaison européenne des politiques publiques de lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool telles qu'elles sont menées dans quatre pays : Suède, Finlande, Allemagne et France (Arnaud RAYNOUARD – Faculté de Droit de Toulouse).

II.4. Quelques perspectives.

La MILDT s'efforce de susciter, avec la collaboration de l'INSERM, des projets de recherche développant des interfaces de travail entre disciplines. Deux projets illustrent les potentialités de ces interfaces. Le premier s'intéresse au phénomène de consommation de cannabis de la part d'usagers d'héroïne sous traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage. Le protocole développe l'interface neuroscience – recherche clinique puisqu'il comprend un volet de neurobiologie pré-clinique dédié à l'étude des interactions entre les systèmes cannabinoïde et opioïde sur des modèles animaux et un volet clinique où seront précisées les modalités d'usage du cannabis par un échantillon de

⁵² Il y a eu en France une recherche, parfois financée par la DGLDT puis la MILDT, qui s'est intéressée aux liens entre drogues et délinquances. Voir par exemple Faugeron, C., Ed. (1999). *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*. Genève, Georg.; Faugeron, C. et Kokoreff, M., (1999), Mise en perspective des recherches en France, *Sociétés Contemporaines*, n° 36, 5-17, ou encore Duprez, D. et Kokoreff, M. (2000). *Les mondes de la drogue. Usages et trafics dans les quartiers*. Paris, Editions Odile Jacob.

patients substitués ainsi que les variables cliniques associés à leur dépendance à ce produit. L'objectif est de mieux comprendre les interactions entre les deux systèmes activés par l'usage de cannabis et d'en évaluer l'impact clinique chez les patients dépendants majeurs aux opiacés (Jean-Pierre LEPINE et Jean-Michel SCHERRMANN – Laboratoire mixte INSERM U. 705 – CNRS UMR 7157 – Paris). Le deuxième projet illustre les potentialités de l'interface entre les disciplines cliniques et les sciences de l'homme et de la société. Il s'intéresse à l'impact qu'a pu avoir une conférence clinique de consensus organisée en 1999 par la Société Française d'Alcoolologie relative aux « indications et modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant » sur le milieu professionnel concerné à savoir, les alcoolologues intervenant en centres spécialisés et les médecins de ville (Martine BUNGENER – laboratoire mixte INSERM U. 502 – CNRS UMR 8559 – Paris).

II.5. Activités de publication des chercheurs français dans les revues internationales.

II.5.1. Activités de publication dans le champ des neurosciences des addictions.

Entre 2004 et 2006, quatre groupes français de recherche, le premier basé à Bordeaux (Institut des Neurosciences François Magendie – Unité INSERM U.588 « Laboratoire de Physiologie des Comportements » – Université Victor Segalen), le second et le troisième à Paris (Institut Pasteur – CNRS URA 2182 Unité « Récepteurs et Cognition » ; Collège de France – Unité INSERM U.114 « Neurobiologie pharmacologique »), le dernier à Marseille (Unité mixte CNRS/Université de Provence « Neurobiologie de la cognition) ont été à l'origine de cinq publications majeures respectivement dans les revues *Science*, *Nature*, *Proceeding of the National Academy of Science of the USA* (PNAS) et dans *Nature Neuroscience*.

Deroche-Gamonet; V., Belin, D., Piazza, PV. (2004). Evidence for addiction-like behaviour in the rat. *Science*. Aug 13;305(5686):1014-7.

Maskos, U., Molles, BE., Pons, S., Besson, M., Guiard, BP., Guilloux, JP., Evrard, A., Cazala, P., Mameli-Engvall, M. Dufour, N., Cloëz-Tayarani, I. Bemelmsans, AP., Mallet, J., Gardier, AM., David, V., Faure, P., Granon, S., Changeux, JP. (2005). Nicotine reinforcement and cognition restored by targeted expression of nicotinic receptors. *Nature* Jul 7; 436(7047):103-7.

Salomon, L., Lanteri, C., Glowinski, J., Tassin, JP. (2006). Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons *Proc Natl Acad Sci USA* May 9;103(19):7476-81.

Gutkin, BS., Dehaene, S., Changeux, JP. (2006). A neurocomputational hypothesis for nicotine addiction. *Proc Natl Acad Sci USA*. Jan 24;103(4):1106-11.

Baunez, C., Dias, C. Cador, M., Amalric, M. (2005). The subthalamic nucleus exerts opposite control on cocaine and natural rewards. *Nat Neurosci*. Apr;8(4):484-9.

En outre, sur les 18 derniers mois (2006 – 1^{ère} moitié de 2007), les équipes françaises en neurosciences des addictions ont été à l'origine de 26 publications dans des revues internationales à comité de lecture telles que : *Journal of Neuroscience*, *Neuropsychopharmacology*, *Neuroscience*, *European Journal of Neuroscience*, *Neuropharmacology*, *Psychopharmacology*, *British Journal of Pharmacology*, *Journal of Neurochemistry*, *Chemical Research in Toxicology*.

On rappellera enfin la publication des résultats de l'étude Stupéfiants et Accidents Mortels (SAM). L'ensemble des accidents de la route ayant occasionné en France métropolitaine au moins un décès entre octobre 2001 et septembre 2003 ont fait l'objet d'une analyse afin de

mesurer les effets de la consommation du cannabis et de l'alcool au volant (voir le Rapport National 2006 pour une présentation plus détaillée des résultats).

Laumon, B. et al., (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal (331) 1371-4.

II.5.2. Activités de publication dans le champ de la recherche clinique.

Sur la période 2004 – première moitié de 2007, soit trois ans et demi, on dénombre 19 publications issues d'équipes cliniques françaises dans des revues internationales à comité de lecture et portant sur différents aspects de la prise en charge de patients en situation d'addiction. Ces publications prennent place dans des revues de notoriété internationale, à savoir les revues *Addiction*, *American Journal on Addictology*, *Critical Care*, *European Addiction Research*, *Drug and Alcohol Dependence*, *European Psychiatry*, *Psychiatry Research*, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, *Toxicology Review*, *Substance Use and Misuse*, *Psychopathology*...

II.5.3. Activités de publications dans le champ des sciences humaines et sociales et de la santé publique.

Sur la période 2003 – première moitié de 2007, on relève 15 publications issues d'équipes de recherche françaises en sciences humaines et sociales et/ou en santé publique dans des revues internationales à comité de lecture. Ces publications touchent principalement à quatre domaines : épidémiologie, accidentologie routière en lien avec la consommation de drogues, économie de la santé, sociologie de la santé. Ces publications prennent place dans un large éventail de revues internationales ayant une excellente notoriété, à savoir les revues *Addiction*, *Health Economics*, *Journal of Health Economics*, *Addictive Behaviors*, *Journal of Addictive Disorders*, *British Medical Journal*, *Drug and Alcohol Dependence*, *Substance Use and Misuse*, *Social Science and Medicine*,... On trouvera en annexe 3, la liste de ces 12 publications par ordre alphabétique du premier auteur.

III. LA DIFFUSION DES DONNEES D'OBSERVATION ET DES RESULTATS DE RECHERCHE.

III.1. La diffusion des données d'observation produites par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

De par sa constitution même, la mission de l'OFDT est double. Il s'agit dans un premier temps de répondre à une demande d'information, celle-ci étant émise tant par le domaine public que celui des intervenant de terrain ou de simples particuliers. La seconde est la production et la diffusion de l'information, sous plusieurs formes possibles: par la rédaction d'articles; par la publication de périodiques (et en particulier la revue bimensuelle *Tendances*); par la publication et la participation à la rédaction d'ouvrages (voir par exemple l'ouvrage collectif sur le cannabis, publié en juillet 2007).

La diffusion de l'information produite par l'OEDT est aussi une des responsabilités de l'OFDT, qui fait aussi figure de point focal.

III.2. La diffusion des résultats de recherche à travers les revues scientifiques nationales

En France, on compte trois revues scientifiques à comité de lecture spécifiquement dédiées à la question des drogues et de la recherche clinique sur les addictions.

La plus importante est la revue « Alcoolologie et addictologie » de parution trimestrielle. Elle s'adresse aux cliniciens prenant en charge différents types d'addictions (alcool, tabac, drogues illicites, addictions sans produit, ...). Les articles portent aussi bien sur les dimensions somatiques que sur les dimensions psychiques des soins aux personnes dépendantes. La revue est gérée par un Comité de rédaction épaulé par un Comité scientifique et un Comité de lecture. Les critères de parution des articles sont les critères internationaux. Les articles sont rédigés en français mais intègrent un résumé en anglais. Les auteurs sont majoritairement français mais la revue fait également régulièrement appel à des contributeurs venant de l'espace francophone (Québec, Suisse, Belgique, Afrique francophone).

La deuxième revue est la revue « Psychotropes », avec pour sous-titre « Revue internationale des toxicomanies et des addictions ». Elle a été fondée par des psychologues cliniciens, des psychanalystes et des psychiatres spécialisés dans la prise en charge des patients en situation d'addiction. Cette orientation initiale reste dominante dans le choix des articles scientifiques mais la revue est largement ouverte à des contributions venant d'autres disciplines comme l'épidémiologie, l'anthropologie ou la sociologie de la santé. Son rythme de parution est trimestriel. Elle est gérée par un conseil scientifique épaulé par un comité de lecture. Les critères de parution des articles sont les critères internationaux. La revue dispose d'un réseau de correspondants francophones (Belgique, Sénégal, Liban) et de l'Europe méditerranéenne (Espagne, Portugal, Italie, Grèce), qui lui assurent une ouverture internationale dans le choix des auteurs. Les articles sont rédigés en français avec un résumé en anglais.

La troisième revue est beaucoup plus spécifique car elle est centrée sur la dimension toxicologique de la prise de drogues. Il s'agit des « Annales de Toxicologie Analytique », une émanation de la Société Française de Toxicologie Analytique (SFTA). Les articles ont trait à la question du dépistage des drogues dans différents milieux biologiques, relatent des études de cas relatives à des intoxications mortelles à la suite de prises de substances psychoactives, abordent également certaines formes de mésusage de médicaments psychotropes. Une fraction des articles s'intéresse à des questions toxicologiques extérieures au champ des drogues. La revue contient également des reproductions de communications orales et des notes de laboratoire. Les articles sont majoritairement rédigés en français et intègrent un résumé en anglais. Quelques articles sont publiés en anglais. La revue est gérée par le conseil d'administration de la SFTA épaulé par un Comité de rédaction. Les critères de parution des articles « longs » sont les critères internationaux. Le rythme de parution est trimestriel.

Outre ces trois revues centrées sur la question des drogues, il existe en France plusieurs revues scientifiques à vocation généraliste qui publient régulièrement des articles ayant trait au champ des addictions. Pour les chercheurs en épidémiologie et en santé publique, il s'agit de la « Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique » éditée par Elsevier et dont les articles sont rédigés en français ou en anglais (rythme de publication mensuel). Pour les chercheurs en SHS, la revue française de référence s'appelle « Sciences sociales et santé » (revue trimestrielle éditée par John Libbey Eurotext). Pour les chercheurs en sociologie du droit et en sciences politiques qui travaillent plus spécifiquement sur les conséquences de la consommation de drogues sur l'ordre et la tranquillité publics, la revue française de référence s'appelle « Déviance et société » (Revue trimestrielle éditée par le CNRS). S'agissant enfin des chercheurs en neurosciences des addictions, ils choisissent les grandes revues internationales dans ce champ. Ils sont aussi présents dans des revues françaises de vulgarisation scientifique car la société civile est relativement intéressée par les progrès des neurosciences. Il existe en France un très grand nombre de revues professionnelles dans le champ des addictions. Ces revues professionnelles jouent un rôle non négligeable dans la diffusion des résultats scientifiques à l'extérieur de la communauté scientifique, c'est-à-dire vers les différents acteurs de terrain du champ de la toxicomanie, qu'il s'agisse des

professionnels de santé, des travailleurs sociaux ou des associations représentant les usagers.

PARTIE C: BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

14. Bibliographie.

Aarons, G.A., Brown, S.A., Coe, M.T., Myers, M.G., Garland, A.F., Ezzet-Lofstram, R., *et al.* (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. Journal of Adolescent Health 24 412-421.

Aliaga, C. (2002). Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première (869) 4.

Amosse, T., Doussin, A., Firdion, J.-M., Marpsat, M. et 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. et al. (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.-D. (1996). Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts. Déviante et Société 20 (4) 299-315.

Batel, P., Constant, M.-V., Jourdain, J.-J., Lavignasse, P., Lowenstein, W., Mucchielli, A., *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.

Beaud, S., Confavreux, J. et Lindgaard, J. (2006). La France invisible. La Découverte, Paris.

Beck, F. et Legleye, S. (2003a). Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. OFDT, Paris.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap02.htm>.

Beck, F. et Legleye, S. (2003b). Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usages et évolutions récentes. Tendances 30 1-6.

Beck, F., Legleye, S., Guilbert, P. et Peretti-Watel, P. (2005). Les usages de produits psychoactifs des étudiants. Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 11 (3-4).

Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2002). Drogues illicites : pratiques et attitudes. In: GUILBERT, P., BAUDIER, F. & GAUTIER, A. (Eds.) Baromètre santé 2000. CFES, Paris.

Beck, F., Legleye, S. et Peretti-Watel, P. (2003c). Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002. OFDT, Paris.

Beck, F., Legleye, S. et Spilka, S. (2006a). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. Economie et Statistique (391-392) 131-150.

Beck, F., Legleye, S., Spilka, S., Briffault, X., Gautier, A., Lamboy, B., *et al.* (2006b). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (48).

- Beck, U., Latour, B. et Bernardi, L. (2003d). La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité. Flammarion, Paris.
- Bello, P.-Y. et Cadet-Taïrou, A. (2004a). Les mésusages de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004. Tendances (37) 4-7.
- Bello, P.-Y., Toufik, A. et Gandilhon, M. (2002). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001. OFDT, Paris.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et Giraudon, I. (2004b). 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. et Bonnet, N. (2003). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. 4ème rapport national du dispositif TREND. OFDT, Paris.
- Bello, P.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., Giraudon, I. et Bonnet, N. (2004c). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Bello, P., Toufik, A., Gandilhon, M. et Evrard, I. (2005). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Bilal, S., Menares, J., De La Selle, P., Toufik, A. et 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.
- Bonnet, N. (2006). Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. La presse médicale 35 (12) 1811-1818.
- 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.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. et Evrard, I. (2007). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cagliero, S. et Lagrange, H. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. OFDT, Saint-Denis.
- Calderon, C., Soletti, J., Gaigi, H., Guichard, A. et Lert, F. (2001). Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. AIDES, Paris.
- Castel, R. (1999). Les métamorphoses de la question sociale. Paris.
- Ceip De Marseille (2004). OPPIDUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003). AFSSAPS, Saint-Denis.
- Ceip De Marseille (2006). OPPIDUM, résultats de l'enquête 17 (octobre 2005). AFSSAPS, Saint-Denis, http://afssaps.sante.fr/htm/10/pharma/enquete_oppidum_2005.pdf.
- Ceip (2006). OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus et de Pharmacodépendance), Résultats des enquêtes 2004 et 2005. Saint Denis.
- Chevallier, E. (2001). Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse. OFDT, Paris.

Costes, J.M., Bello, P.Y. et Palle, C. (2003). Les addictions en France : état des lieux. Revue du Praticien (53) 1299-1304.

Da Silva, L. et Evangelista, L. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. OFDT, Saint-Denis.

Dabit, D. et Ducrot, S. (1999). Alcool et sans abris : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne. Alcoologie 21 (3) 439-446.

Declerck, P. et Henry, P. (1996). Pathologie de la rue. La revue du Praticien 46 1844-1848.

Desesquelles, A. (1997) Consommation de stupéfiants en France: expertise d'un système d'information et mesure du phénomène, Thèse pour le Doctorat en Démographie. Bordeaux, Montesquieu - Bordeaux IV.

Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P. et 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. et 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. et 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.

Goffman, E. (1967). Interaction Ritual. Pantheon, New York.

Haut Comité De La Santé Publique (1998). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. ENSP, Rennes

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. et Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin (112) 64-105.

Heckman, J. et Masterov, D. (2004). The productivity argument for investing in young children. Committee for Economic Development, Washington D.C.

Henrion, R. (1995). Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Documentation française, Paris.

INPES, MILDT (2006). Drogues et dépendances - Le livret d'information. INPES, St Denis.

Jacob, E., Joubert, M. et Touze, S. (2000). Evaluation des Points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la Circulaire n° 97/280 du 10 avril 1994. OFDT, Paris.

Jamoulle, 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. et al. (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.

Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influences. Journal of Drug Issues (262) 286-315.

Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D. et Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. Archives of General Psychiatry 43 746-754.

Kopp, P. et Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap0097.html>

Kopp, P. et Fenoglio, P. (2003). Public spending on drugs in the European Union during the 1990s. EMCDDA, Lisbon.

Kopp, P. et Fenoglio, P. (2004). Coût et bénéfices économiques des drogues. OFDT, St Denis.

Kopp, P. et Fenoglio, P. (2006a). Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm5.html>.

Kopp, P. et Fenoglio, P. (2006b). Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003 (Réactualisation du rapport OFDT, mai 1998). OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm4.html>.

Kopp, P. et Palle, C. (1998). Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts. OFDT, Paris, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap0097.html>.

Kovess, V. et Mangin Lazarus, C. (1997). La santé mentale des sans abris à Paris : résultat d'une enquête épidémiologique. La revue française de psychiatrie et de psychologie mentale 9 17-23.

La Rosa, E. (1998). Santé, précarité et exclusion. PUF, Paris.

Lavignasse, P., Lowenstein, W., Batel, P., Constant, M.V., Jourdain, J.J., Kopp, 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.

Le Moigne, P. (1999). Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation. Documents du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et société (1) 50.

Legleye, S. et Beck, F. (2003). Sorties, rock, reggae, techno, rap... et usages de substances psychoactives à 18 ans. Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 9 (n°3-4).

Levasseur, L., Marzo, J.-N., Ross, N. et 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.

Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. Drugs: Education, Prevention and Policy 5 (3).

Ministère de l'Education Nationale (2007) Bac 2007, dossier de presse.

Ministère de la Justice (2006). Annuaire statistique de la Justice. La Documentation française, Paris.

Mouquet, M.-C. et Al, E. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de facteurs de risque. DRESS Etudes et Résultats 4 (10).

Obradovic, I. (2006). Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis en 2005. OFDT, Saint-Denis.

Observatoire Du Samu Social De Paris (1999). Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes. OSS, Paris.

OFDT (2004). 2004 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, France, New Development, Trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Paris.

OFDT (2005). Drogues et dépendances, données essentielles. La Découverte, Paris.

OCRTIS (2005). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005. Ministère de l'Intérieur, Paris.

OCRTIS (2005). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004. OCRTIS, Nanterre.

Origer, A. (2002). Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. Séries de recherche 4.

Pandina, R.J., Labouvie, E.W., Johnson, V. et Raskin, W.H. (1990). The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence. Journal of Health & Social Policy 13.

Pandina, R.J. and Schuele, J. (1983). Psychosocial correlates of adolescent of alcohol and drug use. Journal of Studies on Alcohol (44) 950-973.

Péquignot, G. et Jouglà, E. (1999). La statistique française des causes médicales de décès. In: SALEM, G., RICAN, S. & JOUGLA, E. (Eds.) Atlas de la santé en France. Paris.

Peretti-Watel, P. (2001). La société du risque. La Découverte, Paris.

Peretti-Watel, P., Beck, F. et Legleye, S. (2004). Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis. Déviance et société.

Peretti-Watel, P., Beck, F. et Legleye, S. (2007). Les usages sociaux des drogues. PUF.

Petratis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J. et Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents : a matrix of prospective factors. Substance Use and Misuse 33 2561-2604.

Potsma, M. (2004). Public expenditure on drugs in the European Union 2000-2004. EMCDDA, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1357>.

- Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. Addiction 101 315-322.
- Reuter, P., Ramstedt, M. et Rigter, H. (2004). Developing a framework for estimating government drug policy expenditures. EMCDDA, Lisboa, <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1357>.
- Reynaud-Maurupt, C. (2006). Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxcrmc.html>.
- Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., Monzel, M., Moreau, C., Evrard, I., et al. (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxcrn9.html>.
- Reynaud, J., Reynaud-Maurupt, C. et 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.
- Robertson, J.R., Miller, P. et Anderson, R. (1996). Cannabis use in the community. British Journal of General Practice 46 671-674.
- Rosa, J.J. (1994). Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques. Cahiers de recherche en économie de l'entreprise (9402).
- Rosa, J.J. (1996). Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques (actualisation). Cahiers de recherche en économie de l'entreprise (9601).
- 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. et Moatti, J. (2000). HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users. Presse Med 29 (28) 1549-1556.
- Saffer, H., Chaloupka, F.J. et Dave, D. (2001). State drug control spending and illicit drug participation. Contemporary Economic Policy 19 (2) 150-161.
- Sansfacon, D., Bachelard, O., Lopez, D. et Valade, C. (2005). Drogues et dommages sociaux. Etat des lieux. OFDT, Saint-Denis.
- Solal, J.-F. et Schneider, M.-C. (1996). Toxicomanies et exclusion sociale. La revue du Praticien 46 1854-1860.
- Stankoff, S. et Dherot, J. (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris.
- Tellier, S. (2001). Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999. DRESS, Paris.

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.

15. Annexes.

15.1. Liste des tableaux épidémiologiques et questionnaires structurés complétant les différentes sections du rapport.

Section	Tableau épidémiologique	Questionnaire structuré
Section 1 : Politique nationale et contexte		
Section 2 : Usages de drogues	n°1: usages en population générale adulte (<i>blank</i>) n°2: usages en milieu scolaire (<i>blank</i>) n°30: méthodes et résultats d'enquêtes auprès de jeunes (<i>blank</i>)	
Section 3 : Prévention		#22/25: Universal prevention #26: Selective and indicated prevention
Section 4 : Usage problématique	n°7: prévalence nationale n°8: prévalence locale n°17: nouvelles tendances	
Section 5 : Traitements	n°3: demande de traitement N°34: Indicateur de demande de traitement (TDI) n°21: disponibilité des traitements	
Section 6 : Conséquences sanitaires	n°5: mortalité liée à l'usage de drogues n°6: évolution de la mortalité liée à l'usage de drogues n°18: mortalité au sein de cohortes d'usagers n°9: prévalence des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB)	
Section 7 : Réponses aux conséquences sanitaires		
Section 8 : Conséquences sociales	n°11: interpellations pour ILS n°12: usages de drogues dans la population incarcérée	
Section 9 : Réponses aux conséquences sociales		
Section 10 : Marché et offre	n°13: saisies de drogues n°14: pureté des produits n°15: composition des produits de synthèse n°16: prix des produits	

15.2. 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.....	4
Tableau 2.1. Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage (N = 1496).	11
Tableau 2.2. Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage dans les groupes	12
Tableau 2.3. Mélange de trois produits au moins une fois au cours d'une même soirée, en comptant l'alcool, sans compter le tabac, durant les trente derniers jours, dans les groupes d'affinité (N = 1489).	12
Tableau 2.4. Administration des substances psychoactives par voie nasale et par voie injectable au cours de la vie et des trente derniers jours, dans les groupes d'affinité. ...	13
Tableau 3.1. ReLION : Répartition des actions selon les produits visés	18
Tableau 3.2. Répartition des appels DATIS selon le type d'appelants, 2006.	18
Tableau 3.3. Actions dédiées à des publics relevant d'une institution sociale ou judiciaire (en %).	19
Tableau 4.1. Répartition des patients par âge (en %), en 2006.....	23
Tableau 4.2. Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge (en %), en 2006.	24
Tableau 4.3. Répartition des patients selon la situation professionnelle (en %), en 2006.....	24
Tableau 4.4. Répartition (en %) et âge moyen des patients suivant la drogue principale en 2006.....	25
Tableau 4.5. Fréquence des consommations au cours de la vie et au cours du dernier mois parmi les usagers des structures bas seuil, 2006.	29
Tableau 5.1. Nombre moyen de patients ayant eu un sevrage, par CSST, 1998-2005.....	35
Tableau 5.2. Nombre moyen de patients par structure ayant eu une prescription de traitement de substitution dans la structure, 1998-2005.	36
Tableau 5.3. Modalités d'approvisionnement en buprénorphine des usagers des structures bas seuil en fonction de l'intentionnalité de l'usage, 2006.	39
Tableau 6.1. Décès par surdose en France selon les trois sources disponibles.....	44
Tableau 6.2. Causes des décès par surdose en France: sélection B selon les données du cépiDc.....	45
Tableau 6.3. Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2005 par mode de contamination (France, données au 31/03/06).	46
Tableau 6.4. Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1998-2006.	47
Tableau 6.5. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.	48
Tableau 6.6. Evolution de la prévalence de la sérologie déclarée positive pour l'hépatite C selon la fréquence de l'injection dans la vie dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.	48
Tableau 6.7. Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006.	49
Tableau 6.8. Séropositivité déclarée du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie en 2006, par tranches d'âge.	49
Tableau 8.1. Interpellations pour ILS par produit, 2006.	59
Tableau 8.2. Dépistages des stupéfiants au volant.....	61
Tableau 8.3. Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants.....	61
Tableau 8.4. Condamnations des conducteurs ayant fait usage de stupéfiants en 2005.....	62
Tableau 10.1. Nombre et quantités saisis des principales drogues illicites en France, 2005-2006.....	72
Tableau 10.2. Nombre et quantité saisis des principales drogues illicites en France, 2003-2006.....	73

Tableau 11.1. Budget des ministères engagées dans la lutte, la prévention et les soins liés à l'usage de drogues illicites, France, 2005.	77
Tableau 11.2. Part des Infractions à la Loi sur les Stupéfiants dans l'activité de la gendarmerie et la police nationales, France, 2005.	80
Tableau 11.3. Part des constatations effectuées par les services de douane dans le cadre de la lutte contre les stupéfiants, France, 2005.....	80
Tableau 11.4. Condamnations pour ILS et nombre de saisines des parquets, France, 2000-2004.....	81
Tableau 11.5. Budgets alloués à la lutte, à la prévention et aux soins liés aux drogues illicites, France, 2005 (millions d'euros).....	83
Tableau 12.1. Facteurs associés à différents usages de drogues licites et illicites (en % et OR).....	89
Tableau 12.2. Modélisations logistiques des usages de drogues selon les signes anxio-dépressifs mesurés par le score de Kandell.	92
Tableau 12.3. Caractéristiques et pratiques au cours du mois précédent des usagers sans domicile (SDF, squat, camion), 2006.....	100
Tableau 12.4. Caractéristiques démographiques et pratiques des quatre + groupes d'affinités repérés en milieu festif électronique, 2004-2005.	105
Tableau 12.5. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon les critères de vulnérabilité.	108
Tableau 12.6. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon le niveau d'étude.....	109
Tableau 12.7. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon l'origine de la prise en charge.	111
Tableau 12.8. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 suivant la situation professionnelle.	112
Tableau 12.9. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005.....	113

15.3. Listes des graphiques.

Graphique 5.1. Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®) et méthadone – 1995-2005.....	36
Graphique 5.2. Evolution du prix du comprimé de 8 mg de buprénorphine sur le marché parallèle entre 2000 et 2006	37
Graphique 5.3. Mode d'approvisionnement des usagers des structures bas seuil ayant consommé de la buprénorphine haut dosage au cours du mois précédent (N= 353, N =436), 2006.	38
Graphique 5.4. Intentionnalité de l'usage de buprénorphine haut dosage parmi les usagers des structures de première ligne en ayant consommé au cours du mois précédent (N=360, N=445), 2006.	38
Graphique 11.1. Répartition des dépenses publiques imputables aux drogues illicites selon Kopp et Fénoglio (2006a, 2006b), France, 2003.....	84
Graphique 11.2. Répartition des dépenses publiques imputables aux drogues illicites selon cette étude, France, 2005.	84

15.4. Liste des sigles.

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

ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAIS	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
