



European Monitoring Centre
For Drugs and Drug Addiction



Rapport national 2010 (données 2009)

à l'OEDT

par le point focal français du réseau Reitox

France

**Nouveaux développements, tendances et information détaillée
sur des thèmes spécifiques**

REITOX

Contributions

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

Contribution aux chapitres

Chapitre 1 : Cristina Diaz-Gomez, Ivana Obradovic

Chapitre 2 : Olivier Le Nezet, Stanislas Spilka, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 3 : Carine Mutatayi, Julie-Emilie Adès

Chapitre 4 : Jean-Michel Costes, Agnès Cadet-Taïrou, Olivier Le Nezet

Chapitre 5 : Christophe Palle, Tanja Bastianic, Tiphaine Canarelli

Chapitre 6 : Tiphaine Canarelli, Eric Janssen, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 7 : Agnès Cadet-Taïrou, Cristina Diaz-Gomez

Chapitre 8 : Matthieu Chalumeau

Chapitre 9 : Ivana Obradovic, Aurélie Lermenier

Chapitre 10 : Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Agnès Cadet-Taïrou

Thème spécifique 1 : Carine Mutatayi, Stefanie Schütte, Tiphaine Canarelli

Thème spécifique 2 : Eric Janssen et Tiphaine Canarelli

Documentation

Isabelle Michot, Anne de l'Eprevier

Relecture

Jean-Michel Costes, Hélène Martineau, Christophe Palle, Cristina Diaz-Gomez, Julie-Emilie Adès, Agnès Cadet-Taïrou

Coordination et éditorial

Abdalla Toufik et Hassan Berber

Sommaire

Résumé	6
Partie A. Nouveaux développements et tendances.....	12
1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique.....	12
1.1. Introduction	12
1.2. Cadre légal	17
1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre).....	17
1.2.2. Textes de mise en application des lois	19
1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	21
1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie	21
1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie	23
1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues	24
1.3.4. Modalités de la coordination.....	25
1.4. Analyse économique.....	25
1.4.1. Dépenses publiques	25
1.4.2. Budget.....	28
1.4.3. Coût social.....	28
2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques.....	29
2.1. Introduction	29
2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire).....	30
2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire).....	32
2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local	36
3. Prévention	39
3.1. Introduction	39
3.2. Prévention universelle.....	42
3.2.1. Milieu scolaire	42
3.2.2. Familles	43
3.2.3. Communautés	43
3.3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques	44
3.3.1. Groupes à risque.....	44
3.3.2. Familles à risque	44
3.3.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)....	44
3.4. Prévention indiquée.....	45
3.5. Campagnes media nationales et locales	45
4. Usage problématique	47
4.1. Introduction	47
4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues	48
4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD)	48
4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues	53
4.3. Données sur les UPD issues d'autres sources que celles des traitements.....	54
4.3.1. Données sur les UPD issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (IDT).....	54
4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres	60
4.4.1. Description des formes d'usage non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues de l'OEDT (parmi les groupes vulnérables).....	60
4.4.2. Estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues intensif, fréquent, à long terme et autres non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues (UPD)	60
5. Prise en charge : demande et offre de soins	61
5.1. Introduction	61
5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité.....	62

5.2.1.	Stratégie et politique	62
5.2.2.	Systèmes de soins et de prise en charge.....	63
5.2.2.2.	Disponibilité et diversification des traitements	65
5.3.	Accès aux soins	70
5.3.1.	Caractéristique des patients pris en charge (données IDT incluses).....	70
5.3.2.	Tendances relatives aux patients sous traitement	75
6.	Conséquences sanitaires	77
6.1.	Introduction	77
6.2.	Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.....	78
6.2.1.	VIH/SIDA et hépatites virales B et C	78
6.2.2.	Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose.....	83
6.2.3.	Autres maladies infectieuses.....	83
6.2.4.	Données comportementales.....	83
6.3.	Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues	84
6.3.1.	Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues	84
6.4.	Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues	85
6.4.1.	Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)	85
6.4.2.	Mortalité et cause des décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)	86
6.4.3.	Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues	87
7.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues	88
7.1.	Introduction	88
7.2.	Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues	92
7.3.	Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	93
7.4.	Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues	101
8.	Conséquences sociales et réinsertion sociale	102
8.1.	Introduction	102
8.2.	Exclusion sociale et usage de drogues	104
8.2.1.	Exclusion sociale parmi les usagers de drogues	105
8.2.2.	Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés	106
8.3.	Réinsertion sociale	107
8.3.1.	Hébergement	108
8.3.2.	Education et formation.....	111
8.3.3.	Emploi	111
9.	Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison	113
9.1.	Introduction	113
9.2.	Criminalité liée à l'usage de drogues.....	118
9.2.1.	Infractions à la législation sur les stupéfiants.....	118
9.2.2.	Autres délits liés à la drogue	122
9.3.	Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues.....	124
9.4.	Interventions dans le système pénal	126
9.5.	Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison	127
9.6.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons.....	127
9.6.1.	Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés).....	128
9.6.2.	Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue.....	129
9.6.3.	Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses	130
9.6.4.	Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison	130
9.7.	Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison.....	130
10.	Marché des drogues	132
10.1.	Introduction	132
10.2.	Disponibilité et offre.....	134
10.2.1.	Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité.....	134
10.2.2.	Provenance des drogues: production nationale versus production importée	136

10.2.3. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, <i>modi operandi</i> et organisation du marché domestique des drogues.....	136
10.3. Saisies.....	138
10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites.....	138
10.3.2. Quantités et nombre de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites	139
10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits	139
10.4. Prix/pureté.....	140
10.4.1. Prix au détail des drogues illicites.....	140
10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites	140
10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues	141
Partie B. Thèmes spécifiques.....	142
11. Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement	142
11.1. Introduction	142
11.2. Historique et cadre général de la substitution	144
11.3. Caractéristiques des modes de définition et de mise en œuvre des recommandations existantes	147
11.4. Pistes d'amélioration possibles	154
11.5. Conclusion	155
12. Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique.	168
12.1. Introduction.....	168
12.2. Suivi récent des études cohorte mortalité parmi les UPD	168
12.2.1. L'étude rétrospective Usagers d'héroïne, cocaïne et crack.....	168
12.2.2. L'étude prospective Cohorte santé mortalité des usagers.....	170
12.3. Sources complémentaires d'information sur la mortalité liée à l'usage de drogues.....	172
12.4. Perspectives de santé publique.....	173
12.4.1. Principales causes de décès.....	174
12.4.2. Principaux risques.....	175
12.4.3. Interventions prioritaires.....	175
12.5. Conclusion	176
Partie C. Bibliographie	177
1. Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées	177
2. Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet	184
3. Liste alphabétique des adresses Internet utiles.....	185
Annexes	186
I - Liste des tableaux.....	186
II - Liste des graphiques et figures	188
III - Liste des cartes.....	189
IV - Liste des références légales en français.....	190
V - Liste des sigles et abréviations	193
VI - Liste des sources	197

Résumé

1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

Sur la période couverte par le présent rapport, plusieurs lois ont été adoptées en France en matière de prise en charge des addictions et de lutte contre le trafic de stupéfiants. En 2009, les nouvelles dispositions législatives ont principalement concerné la réorganisation territoriale de l'offre de soins, la mise en conformité des dispositions du code du sport français avec les principes du code mondial anti-dopage et le renforcement de la coopération internationale en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants. En 2010, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loi visant à faciliter la conduite des enquêtes patrimoniales et à sanctionner les trafiquants contre les profits du crime.

En ce qui concerne l'adoption de textes de mise en application des lois en vigueur, les décrets, circulaires et arrêtés adoptés en 2009 et 2010 s'inscrivent, pour l'essentiel dans la continuité des dispositions de la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007. Ces textes concernent les mesures relatives au renforcement de la sécurité en milieu scolaire et à la mise en application de l'injonction thérapeutique. Il faut ajouter les nouveaux textes juridiques adoptés en 2009 et 2010 qui s'inscrivent dans le cadre d'autres lois en matière de vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de nouvelles substances potentiellement dangereuses (liste de stupéfiants, liste de substances vénéneuses, liste de substances et méthodes interdites en milieu sportif, etc.).

Sur le plan de la politique gouvernementale, les orientations nationales impulsées en 2009 par l'administration centrale sont celles définies par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Le plan « drogues » reprend, en ce qui concerne les addictions, des mesures sanitaires issues du plan « hépatites » 2009-2012 et du plan « cancer » 2009-2013. Au niveau territorial, les orientations du plan gouvernemental sont déclinées dans le cadre des plans interministériels départementaux dont l'élaboration est confiée au chef de projet départemental. En ce qui concerne la coordination, le comité de suivi départemental est chargé de rechercher la cohérence avec les plans spécifiques existants dans le département (contrats de cohésion, contrats de ville, programme de santé publique, schéma régional médico-social, etc.). En matière de prévention ou de lutte contre le trafic, il appartient au chef de projet départemental de mobiliser les acteurs locaux dans leurs efforts pour mettre en place les orientations nationales. Concernant la politique de santé, le chef de projet départemental est amené à se rapprocher du chef de projet régional qui est l'interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé (ARS), devenue depuis l'adoption de la loi HPST en juillet 2009 « guichet unique de l'offre sanitaire à l'échelle territoriale ».

En matière des dépenses publiques, l'effort global de l'Etat pour la mise en œuvre de la politique en matière de drogues a été estimé pour la première fois en 2009 à hauteur de 925,12 M€, selon les sources ministérielles. Le prochain exercice budgétaire (projet de loi de finances pour 2011) devrait permettre d'affiner l'estimation.

La mise en œuvre de la politique en matière de drogues ne relève pas exclusivement de l'Etat. Elle est également de la responsabilité de l'Assurance maladie (AM) qui porte le dispositif de santé de droit commun destiné aux usagers de drogues. Le financement des structures d'addictologie représente le premier poste de dépenses de l'AM dans ce domaine d'action. En 2009, il s'est élevé à 286,67 M€ dont 270,34 M€ ont constitué des dépenses de personnel et de fonctionnement des structures existantes, 14,5 M€¹ ont été destinés à financer le renforcement ou la création de nouvelles structures et 1,8 M€ à financer la mise en place de nouveaux programmes dans les centres existants. Le remboursement des médicaments pour

¹ 13,3 M€ en 2009 dans le cadre du plan pour la prise en charge et prévention des addictions 2007-2011, 1 M€ conformément au plan gouvernemental 2008-2011 pour la création d'une nouvelle communauté thérapeutique en 2009 et 0,2 M€ au titre du plan hépatites 2009-2012.

les traitements de substitution aux opiacés représente le second poste le plus important de dépenses de l'Assurance maladie. Du fait que le délai de publication des données est de quatre ans, le coût du remboursement des traitements de substitution aux opiacés (TSO) n'est pas disponible pour l'année 2009. En 2006, le coût du remboursement des TSO a atteint 87 M€. Le troisième poste de dépenses correspond au financement des établissements de santé pour la mise en œuvre des mesures prévues dans les plans d'action dans le domaine des addictions : à ce titre, en 2009, l'hôpital a été financé à hauteur de 24,67 M€.

Les profits provenant du produit de la vente des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales des affaires de stupéfiants constituent des recettes qui sont affectées à un fonds de concours géré par la MILDT. En 2009, ce fonds a atteint 11,4 M€.

2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

Les données des enquêtes en population générale ont été actualisées pour la dernière fois en 2008. La dernière enquête ESCAPAD, qui s'adresse aux jeunes de 17 ans, réalisée lors de la Journée d'appel à la défense a eu lieu cette année-là. Le dernier exercice de l'enquête ESPAD, en milieu scolaire auprès des jeunes de 16 ans, s'est déroulé en 2007, alors que les données les plus récentes en population adulte datent de 2005 avec le Baromètre santé. En 2011, nous disposerons des résultats de l'enquête Baromètre santé 2010 et des premiers résultats des enquêtes ESCAPAD et ESPAD réalisées au début de l'année 2011.

Les données nouvelles concernent donc uniquement l'enquête EROPP qui renseigne sur les représentations, les opinions et les perceptions des Français au sujet des produits psychoactifs. Au terme de son troisième exercice réalisé en 2008 mais dont les résultats sont sortis en 2010, l'enquête EROPP met en exergue trois grandes évolutions des perceptions et des opinions des Français sur la question des drogues au cours de la décennie écoulée. Tout d'abord, une plus grande sensibilité des Français « aux dangers des drogues » est constatée, quel que soit le statut légal du produit. Ensuite, un certain glissement des perceptions relatives à l'étiologie du phénomène de l'usage de drogues est à noter, lequel est moins considéré comme une maladie « externe » mais davantage associé à un comportement individuel anormal. Enfin, au-delà de la large adhésion aux politiques publiques menées en la matière, les opinions des Français sur les politiques à mener sont moins « tolérantes » et « libérales » ; ils sont en effet de plus en plus attachés aux mesures prohibitives et moins majoritairement ouverts à une démarche de réduction des risques.

3. Prévention

En 2009-2010, le guide d'intervention en milieu scolaire en matière de prévention des usages de drogues a été actualisé. Il pose le principe d'un programme de prévention allant de la dernière année de l'enseignement primaire à la dernière année de l'enseignement secondaire. Sa première parution datait de 2005 sous l'égide de l'Éducation nationale et de la MILDT.

La MILDT a organisé durant l'année 2009 des assises sur la parentalité qui se sont tenues en mai 2010. Le but était de mettre au jour les éléments de discours pour soutenir les parents dans leur rôle d'acteurs de prévention sur la question des usages de drogues licites ou illicites. A ce titre, les débats devaient alimenter une campagne de sensibilisation gouvernementale destinée à l'ensemble des adultes référents en 2010.

Afin de définir des mesures ciblées adaptées aux contextes professionnels et d'apporter, de façon consensuelle, des modifications appropriées au code du travail, la MILDT a également tenu des assises sur les risques professionnels liés à la consommation de substances psychoactives.

Deux campagnes media ont été organisées par la MILDT en 2009. La première avait pour thème « Drogues : ne fermons pas les yeux. Elle était destinée à « combattre les représentations positives associées aux drogues ». La seconde comportait deux axes, alcool et drogues illicites, avec pour objectif de « mettre en avant le caractère protecteur de la loi face aux dangers sanitaires et sociétaux des conduites à risque ».

4. Usage problématique

Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » va être lancée fin 2010 sur 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Une nouvelle estimation nationale (portant sur : l'ensemble des UPD, les injecteurs et les usagers d'opiacés) devrait donc être disponible en 2012. L'étude ENa-CAARUD 2008 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques.

Les évolutions marquantes en 2008-2009 concernant les usages et les modes d'usage sont :

- une diversification croissante des populations usagères ;
- l'extension de la diffusion de la cocaïne notamment vers des jeunes issus des quartiers populaires et des banlieues ;
- une consommation d'héroïne par des groupes de population plus variés, notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement ;
- une diffusion plus large de la kétamine.

De façon plus marginale, la diffusion des usages de GHB/GBL à des groupes de jeunes « teuffeurs » s'est traduite par plusieurs cas de comas au cours de l'année 2009.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Une circulaire parue début 2008 précise les missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ce nom unique désignera à partir de 2009 les centres qui accueillaient auparavant principalement des usagers de drogues illicites (CSST) et les centres qui accueillaient uniquement des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA). Les missions des CSAPA sont à peu près les mêmes que celles des CSST ou des CCAA. Les CSAPA ont cependant l'obligation d'accueillir toutes les personnes ayant un problème d'addiction, quel que soit le produit en cause.

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2009 dans les centres en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. Comme les années précédentes, leur âge moyen continue de progresser. L'âge moyen des patients qui ne se sont jamais fait traiter auparavant semble en revanche être stable depuis 2007. Il peut également être noté en 2009 une augmentation limitée de la part des opiacés comme produit posant le plus de problème avec, en contrepartie, une baisse de la part du cannabis. L'utilisation de la voie intraveineuse pour la consommation des opiacés et de la cocaïne est à nouveau en baisse après avoir connu une augmentation en 2008.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés près de 125 000 personnes ont bénéficié de tels remboursements en ville durant le deuxième semestre 2008 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD représentant toujours 80 % de l'ensemble. Si une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement, celle-ci a considérablement diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux traitements de substitution aux opiacés. La part des sujets bénéficiant d'un dosage quotidien moyen de plus de 32 mg/J est ainsi passée de 6 % en 2002 à 1,6 % en 2007 selon une étude récente.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990, baisse confirmée pour l'année 2009 avec moins de 5 % pour la part des Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) dans les nouveaux cas de sida (8 % en 2008).

Il semble que la prévalence de l'infection au VHC fléchisse depuis plusieurs années autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues.

Le nombre de décès par surdose augmente encore en 2008, ce qui vient confirmer la tendance continue à l'accroissement de ces décès depuis 2003. Entre 2006 et 2008, l'accroissement du nombre de surdoses semble spécifiquement lié à une augmentation du nombre de décès par surdose à l'héroïne mais aussi à la méthadone. Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer cette évolution : plus grande disponibilité de l'héroïne, baisse du prix de la cocaïne, nouveaux usagers peu sensibilisés à la réduction des risques, augmentation des prescriptions de méthadone.

7. Réponse aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

En 2009, on assiste à une montée en charge de l'activité du dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs, initié en 2006. Elle se concrétise par le lancement de trois alertes publiques (héroïne et GHB/GBL) par voie de communiqués de presse et par plusieurs communications ciblant uniquement les professionnels et des associations d'usagers.

Le nouveau plan hépatite 2009-2010 élargit le champ de la prévention des maladies infectieuses selon plusieurs axes : d'une part en amont de la contamination, en désignant comme objectif **la prévention de la première injection** ; d'autre part en étendant les mesures visant les UD à l'ensemble des populations les plus précaires (jeunes en errance, nouveaux migrants) et en intégrant les modes d'usage de drogues autres que l'injection parmi les pratiques à risque. De même la relance de la vaccination précoce contre l'hépatite B en population générale est censée contribuer à protéger les futurs UD.

Au plan des pratiques, la baisse continue entre 1999 et 2008 de l'estimation du nombre de seringues distribuées aux UD suggère une moindre fréquence de l'injection mais ne peut actuellement être interprétée avec certitude.

Par ailleurs, la part des UD ayant pratiqué un test de dépistage continue à croître et on assiste à une diminution du diagnostic tardif de l'hépatite C. Le point important se situe maintenant dans la répétition de ces tests (au moins un par an) et dans l'accroissement de l'accès au traitement.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé connaissent des situations très difficiles en ce qui concerne leur insertion sociale (emploi, logement, ressources...). Si l'accès au droit commun (prestations sociales, gratuité des soins...) amortit certaines difficultés, leur situation est nettement plus défavorable que celles rencontrées au sein de la population générale.

Les structures spécialisées, au delà de leurs missions de soutien à l'accès au droit commun, développent des programmes et activités innovants en terme d'insertion sociale, encouragées notamment ces dernières années par les orientations inscrites dans le plan national 2008-2011 de la MILDT.

9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

Les principales tendances observées les années précédentes sont stables. Le cannabis reste la substance à l'origine du plus grand nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, devant l'héroïne et la cocaïne. Le nombre d'interpellations liées à l'usage simple reste important (près de 140 000 procédures annuelles), ainsi que celui des interpellations pour un usage détourné de médicaments. La réponse pénale apportée aux infractions d'usage prend de plus en plus souvent la forme de mesures alternatives aux poursuites ou, dans le cas de poursuites, de peines de substitution ou d'amendes. Enfin, les condamnations judiciaires à des peines d'emprisonnement (avec une partie ferme) des usagers de drogue sont restées relativement stables au cours des 5 dernières années : l'absence de données sur l'exécution des peines ne permet pas de savoir si elles sont effectivement purgées.

Concernant le domaine des accidents de la route, 34,6 % des 63 500 tests effectués en 2009 se sont révélés positifs. Des changements importants doivent être introduits en matière de tests en 2010 : le nombre de tests réalisés sera porté à 100 000, du fait de l'utilisation extensive de tests salivaires. L'utilisation des tests deviendra ainsi obligatoire pour tous les accidents de la route, pas seulement en cas de décès mais également en cas de simple blessure.

10. Marché des drogues

La France étant à la fois une zone de transit et d'usages pour les principales substances illicites produites à l'échelle mondiale, le marché des stupéfiants y est extrêmement dynamique.

La disponibilité de substances comme la cocaïne et l'héroïne y est forte de même que leur accessibilité, favorisée notamment par la reconversion en cours des réseaux importateurs de résine de cannabis en direction du chlorhydrate de cocaïne et de l'héroïne. En outre, la proximité des pays de stockage (Belgique, Pays-Bas, Espagne) de ces deux substances permet un approvisionnement direct, auprès des grossistes installés au-delà des frontières, de centaines de micro-réseaux de deal, animés pour l'essentiel par des usagers-revendeurs, qui assurent ainsi une diffusion en profondeur de la cocaïne et de l'héroïne sur la totalité du territoire français, zones rurales comprises.

Le marché des drogues de synthèse a été marqué pour sa part au cours de la majeure partie de l'année 2009 par une pénurie importante de MDMA, que ce soit sous sa forme « poudre » ou « comprimé ». S'agissant de cette galénique, les trafiquants ont continué à approvisionner le marché en « ecstasy » mais en substituant au principe actif traditionnel du MCPP, une substance, autorisée en France, dont les effets sont relativement proches de la MDMA. Ce phénomène a favorisé le report des usagers en direction des amphétamines (speed) et de la cocaïne, laquelle a vu sa diffusion dans la population s'approfondir encore.

Phénomène plus marginal, l'année 2009 a vu se confirmer le développement d'un usage de kétamine hors des cercles d'initiés du milieu festif alternatif qui en faisaient usage. Il semble que cette substance jouisse d'une image en amélioration liée à une meilleure maîtrise, consécutive à un processus de domestication de l'usage, des effets de ce produit.

Concernant la composition des substances, le fait marquant aura été, en 2009, le doublement de la part des échantillons d'héroïne saisis contenant plus de 30 % de produit pur alors que la part des échantillons très faiblement dosés augmentait également.

Thème spécifique 1

Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement

En France, les premières recommandations professionnelles en matière de soins aux UD remontent aux années 2002-2004. Elles ont concerné les traitements de substitution et sont venues compléter les premières directives ministérielles de 1995 pour la mise sur le marché de la méthadone et de la BHD. La polyconsommation en 2007 et les usages de la cocaïne en 2010 ont plus récemment amené les autorités, professionnels et institutions à élaborer de nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le présent thème spécifique relate le processus d'élaboration et de mise en œuvre des principales recommandations et met l'accent sur les procédés méthodologiques appliqués. Une revue de la littérature ad hoc et une série d'entretiens semi-directifs en face-à-face auprès d'experts-clés ont permis de réaliser cette investigation.

Les méthodes d'élaboration des recommandations utilisées ont été diverses : groupe de travail restreint, conférence de consensus, « Recommandations de pratique clinique », etc. La validité des recommandations a été examinée par des procédés également variés : expertise interne, relecteurs indépendants, etc. D'après les données recueillies, la principale faiblesse de ces expériences a été la diffusion des recommandations qui s'est le plus souvent résumée à leur publication. A l'avenir, la Haute autorité de santé (HAS), institution chargée d'élaborer

les recommandations médicales en France, prévoit de s'orienter de plus en plus vers des méthodes scientifiquement validées.

Thème spécifique 2

Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique

Les données officielles de la mortalité liée aux usages de substances psychoactives situent la France dans une situation apparemment enviable, avec un nombre de surdoses particulièrement bas comparé aux autres pays d'Europe de l'Ouest. Au pic de décès enregistrés jusqu'au milieu des années 1990 a succédé une réduction significative de ces surdoses, interprétée comme une conséquence directe d'une politique volontaire de réduction des risques comprenant la diffusion des TSO et la prescription libéralisée de la BHD en particulier.

On observe cependant depuis 2003 une recrudescence de ces surdoses, sensément liée à la disponibilité accrue d'héroïne et de cocaïne, ainsi qu'à l'apparition de nouveaux d'usagers inconnus des centres de soins ou des structures de première ligne. A ce constat s'ajoutent des données parfois divergentes alimentant le soupçon de sous-estimation du nombre réel de ces surdoses. La meilleure connaissance des causes de décès des usagers de drogues a justifié la mise en place d'études de cohorte, dont un exercice est actuellement en cours de réalisation.

Partie A. Nouveaux développements et tendances

1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

1.1. Introduction

Définitions

L'usager de stupéfiants est celui qui consomme un produit stupéfiant. L'autorité judiciaire assimile souvent la détention de petites quantités de produits stupéfiants à l'usage, de même que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle. Il en est de même pour les produits stupéfiants qui sont utilisés dans le cadre de conduites dopantes (recherche de la performance tant professionnelle qu'intellectuelle ou sportive).

Toute infraction concernant l'usage de produits stupéfiants illicites expose à une interpellation (par la police, la gendarmerie ou les douanes), qui sera en principe transmise aux services judiciaires. Les infractions sont examinées au cas par cas par les procureurs de la République chargés des poursuites qui, suivant le principe de l'opportunité des poursuites, peuvent décider de poursuivre le contrevenant, ou bien de classer l'affaire sans suite, ou bien encore de prononcer une mesure alternative aux poursuites. Ce principe d'opportunité des poursuites permet une intervention adaptée à chaque situation individuelle mais explique également la disparité des pratiques pénales selon les tribunaux. Néanmoins, les peines et sanctions prononcées s'appuient sur le code pénal.

Outils de collecte des données

Les principales sources utilisées pour décrire le cadre légal en matière de drogues sont le code pénal, le code de la santé publique et le code des sports.

Contexte

Deux types de régimes juridiques régissent les drogues en France. L'usage, la détention et l'offre des drogues licites (alcool, tabac) sont réglementés, sans être interdits. A l'inverse, les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, etc.), classées comme stupéfiants², sont soumises à un régime d'interdiction fixé pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions ont été intégrées dans le code pénal et le code de la santé publique. La loi du 31 décembre 1970 réprime tant l'usage que le trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant (sans différenciation selon le produit). Elle n'établit aucune distinction entre l'usager et le revendeur. Par ailleurs, elle considère l'usager en tant que malade.

Usage de stupéfiants

Le cadre législatif qui réprime l'usage de stupéfiants (public ou privé) n'a pas été modifié depuis son origine (1970). La perspective la plus récente d'une réforme remonte à l'année 2003 : l'idée d'une contraventionnalisation de l'usage simple a alors été évoquée mais elle a été écartée par le gouvernement en juillet 2004.

Aux termes de l'article L.3421-1 du code de la santé publique (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros. En outre, l'article L.3411-1 prévoit une procédure spécifique d'injonction thérapeutique, qui permet au procureur de suspendre les poursuites à l'encontre d'un usager de stupéfiants si celui-ci accepte de se faire soigner.

² La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

Les orientations de la politique pénale de lutte contre la toxicomanie ont été redéfinies par une série de circulaires du ministère de la Justice depuis le début des années soixante-dix, mettant l'accent, selon les périodes, sur la nécessité de mieux soigner ou, au contraire, de mieux réprimer l'usage. La circulaire du 17 juin 1999 a ainsi appelé les procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus diversifiées » pour les usagers interpellés, à tous les stades de la procédure pénale, en réservant les peines de prison aux cas extrêmes et en ultime recours. Les alternatives aux poursuites à contenu sanitaire étaient donc fortement encouragées et mieux appliquées : injonction thérapeutique exclusivement pour les usagers de drogues dépendants, rappel à la loi pour les consommateurs occasionnels (notamment de cannabis), classement avec orientation vers une structure sociosanitaire pour les autres types de comportements d'usage.

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 renforce les dispositions répressives à l'égard des usagers de drogues. D'abord, elle donne au juge la possibilité de traiter les infractions à la législation de stupéfiants par un mode procédural simplifié et accéléré, de façon à systématiser la réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Dans cette perspective, elle introduit une nouvelle sanction « sur-mesure » : le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, obligatoire et payant (à hauteur de 450 euros maximum, montant des contraventions de 3^{ème} classe). Prévu par l'article L.131-35-1 du code pénal et par les articles R131-46 et R131-47 du code pénal en application du décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007, il doit faire prendre conscience à l'utilisateur des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants ainsi que des incidences sociales d'un tel comportement. Le stage peut être proposé par le ministère public au titre des mesures alternatives aux poursuites et de la composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée dans le cadre de l'ordonnance pénale et à titre de peine complémentaire. Elle est applicable à tous les majeurs et aux mineurs de plus de 13 ans³.

La loi du 5 mars 2007 élargit également le cadre d'application des mesures d'injonction thérapeutique, qui peuvent désormais être prononcées à tous les stades de la procédure pénale : de mesure alternative aux poursuites (occasionnant une suspension de la procédure judiciaire), l'injonction thérapeutique peut désormais être prononcée comme modalité d'exécution d'une peine, y compris pour des personnes ayant commis une infraction en lien avec une consommation d'alcool. La loi de 2007 renforce par ailleurs les dispositions concernant le suivi de l'application des mesures d'injonction thérapeutique. Elle crée la figure du médecin relais qui est chargé d'apprécier l'opportunité médicale de la mesure, d'informer le médecin choisi par l'utilisateur du cadre juridique dans lequel il s'inscrit, de contrôler le déroulement de l'exécution de l'injonction thérapeutique et d'informer l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants est aggravée dans certaines circonstances de la vie sociale, par exemple lorsque cet usage affecte la sécurité routière.

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles. 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 2 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 simultanée d'alcool. Les dépistages 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. Ils sont autorisés pour un conducteur impliqué dans un accident quelconque de la circulation ou auteur de certaines infractions au code de la route : ils sont aussi autorisés à l'encontre d'un

³ Décret du 26 septembre 2007 et circulaire du 9 mai 2008

conducteur lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art. L.235-2 du code de la route).

Usage de stupéfiants en milieu professionnel

La loi aggrave les sanctions pénales applicables aux salariés dépositaires de l'autorité publique (ou chargés d'une mission de service public, ou encore relevant de la défense nationale) pris en infraction d'usage de drogues. Ils encourent désormais une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant maximal de 75 000 €. Les personnels des entreprises de transport public pris en infraction d'usage dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions encourent ces peines, auxquelles s'ajoutent des peines complémentaires d'interdiction professionnelle et l'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants.

Trafic de stupéfiants

Le régime de répression du trafic de stupéfiants, l'un des plus sévères d'Europe, a été durci depuis la fin des années 1980. Des circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation, ou encore dans les locaux de l'administration. Le dispositif législatif actuel prévoit ainsi des peines distinctes selon le type d'infraction liée au trafic : les peines minimales sanctionnent l'offre et la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986), tandis que les peines maximales peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros (loi du 16 décembre 1992) pour certaines affaires de blanchiment (tel qu'il est défini dans la loi du 31 décembre 1987 et qualifié en infraction criminelle par les lois du 23 décembre 1988, du 12 juillet 1990 et du 13 mai 1996).

Le dispositif législatif actuel prévoit également des instruments et des procédures spécifiques pour lutter contre le trafic, dont un certain nombre sont dérogoratoires au droit commun. Ainsi, la procédure de comparution immédiate peut être utilisée pour organiser la poursuite des petits trafiquants depuis la loi du 17 janvier 1986 qui permet de juger sans délai les usagers-revendeurs interpellés, au même titre que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales liées à la répression du blanchiment mises en place à partir de la fin des années permettent aussi de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : ainsi, le « fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants » est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue ».

La loi du 9 mars 2004 instaure des réductions des peines encourues par l'auteur d'infractions allant de l'offre à toutes les formes de trafic, si « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, celui-ci a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables » : cette possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » en matière de trafic est nouvelle dans la procédure pénale française. La loi a également étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient en matière de trafic (application de la peine de confiscation aux cas de cession et offre de stupéfiants).

Enfin, la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 prévoit des sanctions aggravées en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur » (jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende). Les peines pour les infractions commises sous l'emprise d'un stupéfiant ou en état d'ivresse sont également durcies. Sur les aspects relatifs à la lutte contre le trafic, la loi organise des mesures d'investigation nouvelles (recherches fondées sur l'utilisation des NTIC⁴, achats surveillés ou procédures destinées à dépister les risques en amont).

⁴ Nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Trafic de drogues de synthèse

La fabrication et le commerce de produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants sont contrôlés depuis la loi du 19 juin 1996.

Substitution aux opiacés

La France est, avec l'Allemagne, l'Irlande et la Grèce, l'un des pays de l'Union européenne qui ont introduit le plus tardivement les traitements de substitution aux opiacés. La méthadone n'est en effet sortie de son statut strictement expérimental qu'au milieu des années 1990 en faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en 1995 (circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995). La mise sur le marché de la méthadone a été suivie un an plus tard par celle de la buprénorphine haut dosage (en février 1996).

Considéré comme plus sûr que la méthadone (n'étant d'ailleurs pas classée stupéfiant), le Subutex® pouvait être prescrit par tout médecin, en dehors des centres spécialisés : ce cadre de prescription souple, alors que la méthadone était réservée – tout au moins pour la phase initiale du traitement – aux centres spécialisés, a conduit à un développement important de la substitution par BHD, qui représente environ 85 % du « marché » total des médicaments de substitution. C'est ce qui explique qu'une deuxième « porte d'entrée » vers la substitution, par l'intermédiaire des établissements de santé, ait été ouverte avec la circulaire DGS/DHOS 2002/57 du 30 janvier 2002 qui autorise tout médecin exerçant en établissement de santé à initialiser un traitement par la méthadone.

Depuis 1993, une succession de textes officiels et circulaires ont été publiés par les pouvoirs publics afin d'équilibrer la prescription et la dispensation des traitements de substitution en France. Dernièrement, les autorités de santé ont renforcé, en avril 2008, les conditions de prescription et de délivrance de la buprénorphine et de la méthadone : pour obtenir un remboursement, le patient doit désormais indiquer obligatoirement à son médecin le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance du médicament ; le médecin doit, quant à lui, mentionner ce nom sur la prescription qui devra être exécutée par le pharmacien désigné.

Cadre légal de la réduction des risques

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat (article L.3121-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004). La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants (article L.3121-4 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004). La loi du 9 août 2004 qui crée les CAARUD prévoit que les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques (article L3121-5 du code de la santé publique). Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues⁵ assurent ainsi l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Les CAARUD développent également des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne

⁵ Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006.

intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Leur coordination avec les autres structures a été précisée par voie de circulaire⁶.

La délivrance de seringues est autorisée dans les officines de pharmacie, les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet (article D. 3121-27 du code de la santé publique). Elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue⁷ a été élaboré (art. D. 3121-33 du code de la santé publique) et approuvé par le décret n°2005-347 du 14 avril 2005. Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Orientations de la stratégie nationale de lutte contre les drogues

Le premier plan interministériel de lutte contre les drogues remonte à l'année 1995 (DGLDT 1995). Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies en cours comprend près de 200 mesures et recommandations en termes de prévention, répression, prise en charge sanitaire et sociale, recherche, observation et formation et coopération internationale. Dans le domaine de la prévention, l'objectif prioritaire est d'éviter les entrées en consommation de drogues, les expérimentations étant de plus en plus précoces. Elle cible les jeunes et leur entourage (parents, éducateurs, etc.). Dans le domaine de l'application de la loi, le Plan cible plusieurs priorités de lutte : l'abus d'alcool chez les plus jeunes, les infractions liées à l'usage de stupéfiants mais aussi de tabac dans les lieux publics, le trafic de cannabis, la saisie et la confiscation pénales. Dans le domaine des soins et de l'insertion sociale, le Plan vise à renforcer les capacités d'hébergement des personnes dépendantes, en prévoyant de nouvelles modalités de prise en charge notamment à l'égard des mineurs, des femmes enceintes ou des parents avec des enfants en bas âge et des sortants de prison. Enfin, dans le champ de la politique internationale, le plan 2008-2011 s'astreint à œuvrer dans le sens de trois grands objectifs : renforcement dans le cadre multilatéral, européen et bilatéral, des actions le long des routes du trafic (notamment en Afrique de l'Ouest et en Méditerranée, pour contrer les débouchés du cannabis et de la cocaïne en Europe et de l'héroïne en Europe centrale et balkanique) ; multiplication des accords avec les Etats concernés pour simplifier l'action internationale contre le détournement des précurseurs chimiques (notamment vers l'Afghanistan) ; développement de la coopération méditerranéenne pour coordonner la lutte anti-drogue en Méditerranée.

Alors que le plan précédent (2004-2008) s'était fixé l'objectif d'une politique ciblant prioritairement les jeunes et la prévention, visant notamment à « casser l'expansion du cannabis » parmi les adolescents et les jeunes adultes, le plan 2008-2011, sans renoncer à cet objectif, poursuit une approche fortement orientée vers l'application de la loi et la mise en œuvre d'actions de communication ciblées. Le plan gouvernemental s'inscrit par ailleurs dans la continuité du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du

⁶ Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

⁷<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006908109&idSectionTA=LEGISCTA000006132372&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080617>.

ministère de la Santé adopté en novembre 2006⁸ qui vise à structurer l'offre et à renforcer les dispositifs existants (hôpitaux, centres médico-sociaux, ville).

Budget et dépenses publiques

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001, les crédits du budget général de l'Etat alloués aux administrations publiques sont présentés par mission et par programme. En matière de lutte contre les drogues, l'Etat met en œuvre une trentaine de programmes ministériels. L'effort de l'Etat en termes de politique de lutte contre la drogue peut ainsi être retracé même au sein des actions plus larges. Les crédits attribués à la MILDT au titre du programme 129 « coordination du travail gouvernemental » y sont également inclus. Les dépenses qui relèvent de l'Assurance maladie ne s'inscrivent pas dans ce cadre mais elles peuvent être également identifiées. Elles concernent essentiellement le financement des CSAPA, les centres de réduction des risques (CAARUD) et les communautés thérapeutiques. Les dépenses publiques engagées dans la politique de prévention, de soins et de réduction de l'offre en matière de drogues ont fait l'objet de plusieurs études en France⁹. La plus récente évaluation des dépenses publiques attribuables aux drogues a été réalisée en 2007 sur les crédits déployés en 2005 (BEN LAKHDAR 2007). Les méthodes de calcul étant spécifiques à chaque estimation, les comparaisons en termes d'évolution ne sont pas pertinentes.

1.2. Cadre légal

1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre)

En matière d'organisation territoriale des dispositifs de prévention et de soins et du pilotage de la politique de santé, la loi du 21 juillet 2009¹⁰ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) a créé un nouvel interlocuteur en région avec qui tous les professionnels du système de santé devront désormais travailler. Il s'agit des Agences régionales de santé (ARS) prévues par l'article 118 de la loi HPST (art. L.1431-1 au L.1435-7 du CSP). Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dirigées par un directeur général, les ARS sont chargées d'élaborer le projet régional de santé, qui doit s'inscrire dans les orientations de la politique nationale de santé puis d'assurer la mise en œuvre des programmes et actions retenus. Le projet régional de santé est constitué d'un « plan stratégique régional de santé », de « schémas régionaux » de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Au sein des ARS ont été créées deux commissions de coordination auxquelles le directeur général de l'ARS doit se référer avant d'adopter le projet régional de santé. Elles sont compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile et dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Par ailleurs, la loi prévoit la mise en place d'une « conférence régionale de la santé et de l'autonomie » qui est désignée comme l'organisme consultatif des ARS. Cet organisme peut faire toute proposition au directeur de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. La conférence régionale est chargée également d'organiser le débat public sur les questions de santé de son choix et de garantir en son sein

⁸ http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/sommaire.htm

⁹ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/pointsur.html>

¹⁰ Loi n° n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).

l'expression des représentants des usagers du système de santé. Les avis de la conférence sont rendus publics. Ces dispositions sont effectives depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Journal officiel du 25 février 2010). Dans ce cadre et en vertu de l'article L.3411-1 du CSP, les ARS sont chargées de la prise en charge sanitaire des usagers de drogues. Par ailleurs, le CSP actuellement en vigueur prévoit que « le directeur général de l'ARS peut être saisi du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin soit par le rapport d'une assistante sociale. Il doit procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé ». Au vu du résultat de l'examen médical, le directeur de l'ARS doit enjoindre l'utilisateur de drogues à se présenter dans un centre agréé pour suivre une cure de désintoxication ou pour se placer sous surveillance médicale (art. L.3412-1 à L.3412-3). Lorsque les autorités judiciaires prononcent une mesure d'injonction thérapeutique ou de surveillance médicale, elles doivent en informer le directeur de l'ARS. Par ailleurs, ce dernier est chargé de veiller à ce que la personne intéressée fasse l'objet d'un examen médical par le médecin relais dont le rôle et les missions sont prévus par la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, art. 47.

Depuis l'adoption de la loi de juillet 2009, il appartient aux ARS de définir et organiser l'offre de soins en milieu pénitentiaire (art. 55 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire¹¹). En outre, la loi HPST¹² autorise l'adoption des mesures nécessaires pour modifier les dispositions du code du sport relatives à la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage (art. 85). Dans ce cadre, l'ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010¹³ renforce les mesures de protection de la santé et du suivi médical des sportifs.

En matière de lutte contre le trafic de produits dopants, l'ordonnance d'avril 2010 modifie les articles L. 232-9 et L. 232-10 du code du sport et établit l'interdiction de détenir ou utiliser les produits dopants inscrits dans la liste de substances et méthodes interdites de la convention internationale ou de les prescrire, les administrer ou les offrir. L'ordonnance d'avril 2010 est venue harmoniser et clarifier certaines dispositions du code mondial antidopage qui était applicable en France depuis le 1^{er} janvier 2009¹⁴. Cette ordonnance a ainsi servi à mettre en conformité les dispositions du code du sport français avec les principes du code mondial anti-dopage.

Dans le champ de la coopération internationale en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants, la loi n°2009-1188 du 7 octobre 2009¹⁵ a ratifié l'accord international de septembre 2007 portant création d'un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants. Avec la France, cinq autres Etats européens ont signé l'accord (Pays Bas, Espagne, Italie, Portugal, Royaume de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord).

¹¹ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (NOR:JUSX0814219L).

¹² La loi HPST de juillet 2009 a introduit de nouvelles dispositions visant à limiter l'accès des jeunes à l'alcool et au tabac (interdiction de vente d'alcool aux mineurs de 18 ans, vente limitée dans les stations de service, publicité sur internet, interdiction de vente des cigarettes aromatisées). Le présent rapport ne développe pas ces aspects de la législation française du fait que les mesures relatives aux drogues licites n'y sont pas traitées. Par ailleurs, de nouvelles évolutions législatives ont concerné les addictions sans produit : l'année 2010 a connu l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne (loi n°2010-476 du 12 mai 2010). Pour la même raison, ces aspects ne sont pas non plus développés dans le présent rapport.

¹³ Ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage (NOR : SASV1001939R).

¹⁴ Pour avoir plus des détails sur le contenu précis de l'ordonnance, voir le Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n°2010-379 du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage (NOR :SASV1001939P).

¹⁵ Loi n°2009-1188 du 7 octobre 2009 autorisant la ratification de l'accord entre l'Irlande, le Royaume des Pays-Bas, le Royaume d'Espagne, la République Italienne, la République portugaise, la République française et le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord établissant un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants. (NOR : MAEJ0830839L).

Par ailleurs, la loi n°2009-411 du 16 avril 2009¹⁶ a approuvé l'accord entre la France et l'Organisation internationale de la police criminelle-Interpol renouvelant l'hébergement sur le territoire français de ces institutions internationales.

La lutte contre la criminalité organisée et les grands trafics a fait l'objet d'une proposition de loi visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale. La proposition de loi a été adoptée le 28 juin 2010 à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Ce texte prévoit l'adoption d'un cadre procédural modernisé et élargi pour la conduite des enquêtes patrimoniales et facilite la mise en œuvre des sanctions contre les profits du crime.

1.2.2. Textes de mise en application des lois

En matière de prévention de la délinquance à l'école, plusieurs circulaires ont été adoptées sur la période 2009-2010. La circulaire du 8 juin 2009¹⁷ qui prévoit la tenue des réunions coprésidées par le préfet et le procureur dans l'objectif de préciser des directives opérationnelles en matière de sécurité. Les inspecteurs d'académie et des directeurs des services départementaux de l'Education nationale sont également invités à participer à ces réunions afin notamment de pouvoir prendre en compte les difficultés rencontrées localement dans les établissements scolaires. Par ailleurs, la circulaire du 23 septembre 2009¹⁸ du ministère de l'Education nationale établit la nécessité d'adopter un plan de sécurité pour les 184 établissements du second degré et s'inscrit dans le cadre du Plan national de prévention de la délinquance et d'aide aux victimes et des politiques partenariales du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales et du ministère de l'Education nationale. Enfin, la circulaire du 15 février 2010¹⁹ rappelle les priorités d'action, fixe des objectifs et des échéances pour leur réalisation. Les quatre mesures phares annoncées par la circulaire de février 2010 sont la réalisation de diagnostics de sécurité, la formation aux problématiques de sécurité et à la gestion de crise et, enfin, la mise en place d'équipes mobiles et de correspondants « sécurité-école ». Les correspondants de sécurité sont des policiers et gendarmes « référents » qui parmi d'autres missions sont chargés de prévoir des actions de prévention sur les toxicomanies.

L'arrêté du 21 septembre 2009²⁰ relatif aux médecins relais s'inscrit également dans la continuité des mesures de mise en application des dispositions de la loi n°2007-297 de prévention de la délinquance du 5 mars 2007. Chargés de suivre sur le plan sanitaire la **mesure d'injonction thérapeutique** prononcée par l'autorité judiciaire, les médecins relais sont tenus de justifier leur activité en matière de suivi aux services du ministère de la Santé (en termes de nombre de suivis, nombre d'entretiens, etc.) afin de pouvoir percevoir les indemnités prévues dans ce cadre. L'annexe de l'arrêté présente le rapport d'activité à compléter par le médecin relais concernant son activité de suivi.

En ce qui concerne la **vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de nouvelles substances potentiellement dangereuses**, les autorités sanitaires ont adopté depuis la fin de l'année 2008 plusieurs décisions. En 2009, le « Spice²¹ » (aussi connu sous le nom de

¹⁶ Loi n°2009-411 du 16 avril 2009 autorisant l'approbation de l'accord entre le gouvernement de la République française et l'Organisation internationale de la police criminelle-Interpol relative au siège de l'organisation sur le territoire français (NOR: MAEJ0821535L).

¹⁷ Circulaire du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales et du ministère de l'Education nationale relative à la sécurisation des établissements scolaires et au suivi de la délinquance du 8 juin 2009 (NOR :IOCK/0912892/J).

¹⁸ Circulaire n° 2009-137 du 23-9-2009 du MEN - DGESCO B3-1, RLR : 552-4 (NOR : MENE0922207C).

¹⁹ Circulaire n° 2010-25 du 15-2-2010 du MEN - DGESCO B3-1, RLR : 552-4 (NOR : MENE1003863C).

²⁰ Arrêté du 21 septembre 2009 relatif à la rémunération des médecins relais (NOR : SASP0906176A).

²¹ Arrêté du 24 février 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP0904649A).

Gorilla ou Sence) a été classé comme stupéfiant, puis en 2010, le « Tapentadol et ses sels²² » ainsi que le « 4-méthylmethcathinone ou méphédron, et ses sels »²³. En outre, le « Butorphanol²⁴ » a été ajouté à la liste des substances psychotropes. A la liste des substances vénéneuses ont été ajoutés les produits suivants²⁵ : « Bazédoxifène », « Catumaxomab », « Eslicarbazépine », « Mifamurtide » et « Tramadol ». Depuis le 25 janvier 2010, la délivrance de certains médicaments à base de Fentanyl²⁶ est soumise à des fractionnements.

En ce qui concerne le milieu sportif, le décret n°2009-93 du 26 janvier 2009²⁷ présente la nouvelle liste de substances et de méthodes interdites. Le décret n°2009-459 du 22 avril 2009²⁸ a créé un office central de police compétent en matière de lutte contre le dopage lorsque les substances utilisées par les sportifs ne font pas partie de celles qui sont classées comme stupéfiants par arrêté du ministre chargé de la santé.

Enfin, plusieurs décrets et arrêtés ont été adoptés en 2009 et 2010 en matière **d'accès aux dispositifs d'écoute "grand public" et d'appui technique aux pouvoirs publics**.

Ainsi, le service téléphonique « Addictions drogues alcool info service » est devenu par l'arrêté du 9 novembre 2009²⁹ un service public dépendant du ministère de la Santé. Placé historiquement sous l'autorité de la MILDT, ce service est désormais financé et mis sous l'autorité directe de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il réunit au sein de son conseil d'administration différents ministères et associations nationales.

Financés par la MILDT, deux autres anciens opérateurs ont vu leurs mandats reconduits pour une durée de trois ans : le Centre interministériel de formation antidrogues (CIFAD) par l'arrêté du 3 août 2009³⁰ du ministère de la Santé et des Sports et l'Observatoire français de drogues et des toxicomanies (OFDT) par l'arrêté du 2 juin 2010³¹ du Premier ministre.

Le ministère de la Santé et des Sports s'est doté par le passé d'un certain nombre de commissions consultatives chargées d'apporter leur expertise sur des questions prioritaires de santé publique. Le décret du 6 juin 2009³² est venu proroger pour 5 ans leurs mandats. Les organismes concernés par le décret de juin 2009 qui ont des compétences dans le champ de la prévention et de la prise en charge des addictions sont la Commission des stupéfiants et

²² Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1012703A).

²³ Arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1014839A).

²⁴ Arrêté du 12 juin 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (NOR : SASP0913395A).

²⁵ Arrêté du 25 janvier 2010 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR : SASP1002251A).

²⁶ Arrêté du 25 janvier 2010 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de fentanyl (NOR : SASP1002259A).

²⁷ Décret n°2009-93 du 26 janvier 2009 portant publication de l'amendement à l'annexe de la convention contre le dopage, adopté le 13 novembre 2008 à Strasbourg, et à l'annexe 1 de la convention internationale contre le dopage dans le sport, adopté le 17 novembre 2008 à Paris (NOR : MAEJ0901116D).

²⁸ Décret n°2009-459 du 22 avril 2009 modifiant le décret no 2004-612 du 24 juin 2004 portant création d'un Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (NOR : DEFD0905527D).

²⁹ Arrêté du 9 novembre 2009 du ministère de la santé et des sports approuvant la création du groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service » (NOR : SASP0925133A).

³⁰ Arrêté du 3 août 2009 du ministère de la santé et des sports, portant approbation de la reconduction de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Centre interministériel de formation antidrogues » (NOR : SASP0917762A).

³¹ Arrêté du 2 juin 2010 du Premier ministre, portant approbation des modifications de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Observatoire français des drogues et des toxicomanies » (NOR : PRMX1013875A).

³² Décret n° 2009-631 du 6 juin 2009 relatif à certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère de la santé et des sports (NOR : SASX0912394D).

psychotropes, le Conseil national du sida et, enfin, le Comité des centres régionaux de référence dans la lutte contre les maladies infectieuses.

1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination

1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

A l'échelle nationale, les orientations interministérielles impulsées en 2009 par le gouvernement en matière des drogues sont celles fixées par le plan gouvernemental « drogues » de 2008 (voir Rapport national FR, 2008). Son volet « santé » reprend les mesures adoptées par le ministère de la Santé dans le cadre de son plan de 2007 en matière de prévention et prise en charge des addictions (voir Rapport national FR, 2007). Placé aussi sous la tutelle des autorités sanitaires, deux autres plans pluriannuels sont venus récemment renforcer les mesures du volet sanitaire du plan gouvernemental et plus précisément, en matière de prévention et prise en charge des hépatites.

Plan “hépatites” 2009-2012

En préparation depuis 2007, le **plan national de lutte contre les hépatites B et C a été rendu public le 24 février 2009** par le ministère de la Santé. Prévu pour une durée de quatre ans (2009-2012), le plan hépatites fait suite au plan national de lutte contre l'hépatite C (1999-2002), au programme national des hépatites B et C (2002-2005) et aux mesures prises le 8 décembre 2005 sur cette problématique. Parmi les populations prioritaires du plan se trouvent les usagers de drogues et notamment les injecteurs, du fait que l'usage de drogue est considéré comme le mode de transmission principal du VHC. Les personnes présentant d'autres conduites à risque (multipartenaires), qui sont en situation de précarité ou incarcérées constituent également des cibles majeures du plan.

Par ailleurs, il s'inscrit dans la suite des constats établis par le rapport d'évaluation de la loi de santé publique de 2004 réalisé par le Haut conseil de la santé publique (HCSP 2010). La loi quinquennale du 9 août 2004 fixait comme objectif général de réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques en passant de 10-20 % des patients infectés à 7-14 % en 2008. Le suivi du taux de mortalité sur une période quinquennale pour une pathologie d'évolution longue n'apparaissant pas très pertinent, les experts du HCSP ont choisi de mettre d'avantage l'accent sur la prévention des hépatites virales.

La stratégie devait passer par une combinaison d'une meilleure prévention et d'un dépistage plus accessible, tout en améliorant l'accès aux traitements efficaces et aux prises en charge. Ainsi le nouveau plan hépatites établit comme axes prioritaires : la réduction de la transmission des VHC et VHB, le renforcement du dépistage et de l'accès aux soins, la mise en place des mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral. Le plan porte une attention particulière à la qualité des soins et à la qualité de vie de personnes atteintes d'une hépatite chronique B ou C. La loi de santé publique s'est donnée en 2004 d'autres objectifs plus spécifiques en matière de lutte contre les hépatites. Il s'est agi d'atteindre une couverture vaccinale contre l'hépatite B de 80 % pour la primo-vaccination chez les enfants et de 75 % chez les adolescents âgés de 15 ans. Il s'est aussi agi d'augmenter de 25 % la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par le virus des hépatites virales et de baisser en 5 ans d'au moins 20 % la prévalence des infections par le VHC parmi les usagers de substances illicites âgés de moins de 25 ans. Le rapport d'évaluation du HCSP a porté également sur l'atteinte de ces objectifs. Leurs conclusions et propositions serviront à élaborer la prochaine loi de santé publique qui fixera les principaux axes de la politique des autorités sanitaires, y compris en matière d'addictions. En outre, le plan hépatites prévoit la mise en place d'un comité interinstitutionnel de suivi chargé de son évaluation. Celle-ci sera confiée à un évaluateur externe et sa conduite est programmée pour 2012.

Plan “cancer” 2009-2013

L'autre plan adopté en 2009 dans le domaine de la prévention des hépatites c'est le **plan cancer 2009-2013**, lancé par le président de la République le 2 novembre 2009. Pour mener

à bien les 118 actions programmées sur une période de cinq ans, un budget de 732 659 M€ lui a été alloué. Le plan cancer 2009-2013 a été construit à partir du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld (Grünfeld 2009). Il s'inscrit dans la continuité du précédent plan cancer (2003-2007), capitalisant ses acquis et engageant des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Au niveau territorial, le plan gouvernemental 2008-2011 porté par la MILDT prévoit la déclinaison de ses orientations nationales au sein des plans interministériels départementaux. Placé sous l'autorité du préfet du département, le chef de projet départemental est chargé d'élaborer ces plans départementaux³³. Il appartient au chef de projet départemental de relayer la politique nationale, tout en l'adaptant aux situations et caractéristiques locales. Les plans sont élaborés au sein du comité de pilotage départemental qui réunit les différents services de l'Etat. Par ailleurs, le comité de suivi est chargé de rechercher la cohérence avec les plans spécifiques existants dans le département (contrats de cohésion sociale, plans de sécurité routière, mesures de prévention de la délinquance, contrats de ville, programmes de santé publique, schéma régional d'organisation de soins ambulatoire ou hospitalier et schéma régional médico-social). Les mesures des plans départementaux qui relèvent de l'action habituelle des services déconcentrés ou de l'assurance maladie sont financées sur leurs budgets respectifs. Le financement des actions expérimentales des projets interministériels rassemblant les services déconcentrés autour d'objectifs communs comme, par exemple, des formations interministérielles, des outils communs d'information, de prévention ou de connaissance pour l'ensemble des services est réalisé sur les crédits délégués de la MILDT (15 M€ en 2009 et 13 M€ en 2010). **La note du 4 novembre 2009³⁴ de la MILDT aux chefs de projet départementaux** réaffirme leur légitimité pour impulser l'action des administrations et des institutionnels au niveau local et donne les indications d'action pour l'année 2010 :

- **En matière de prévention**, l'accent doit être mis sur des actions locales permettant de relayer les messages des campagnes de communication nationales menées en 2009 ou prévues pour 2010 sur la dangerosité des produits, le statut légal des substances et le rôle des parents. D'autre part, un objectif majeur du plan départemental est de mobiliser les partenaires sociaux du département pour mettre en œuvre des actions de prévention dans le milieu du travail et d'impulser des actions en faveur de l'implication des adultes dans la prévention des usages. Dans la continuité des orientations pour 2008 et 2009, les chefs de projets sont chargés de développer des actions de prévention auprès des établissements scolaires et universitaires, dans les milieux de loisirs et aussi en direction des populations sous main de justice. Dans le cadre de la politique de prévention de la délinquance impulsée par le plan gouvernemental, le développement des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits illicites à destination des usagers occasionnels est fortement encouragé.

³³ Note n°578 du 18 septembre 2008 du Président de la MILDT à l'attention de chefs de projet départementaux sous couvert des préfets de départements.

³⁴ Note n°683 du 4 novembre 2009 de la MILDT à l'attention des chefs de projet départementaux sous couvert des préfets de départements.

- **S'agissant de la politique de santé en matière d'addictions**, les chefs de projets départementaux sont incités à se coordonner avec le chef de projet régional, interlocuteur privilégié des agences régionales de santé. Depuis la loi HPST³⁵ de juillet 2009 qui a établi le principe de la régionalisation des dispositifs de soins (voir 1.2.1), les actions sanitaires doivent être programmées et évaluées au niveau régional. Dans ce cadre, il appartient au chef de projet départemental de veiller à ce que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département, en matière d'éducation à la santé, d'offre de soins, d'accompagnement social et de réduction des risques.
- Par ailleurs, le plan départemental doit également intégrer des **actions de lutte contre le trafic local**. Plus précisément, il doit permettre de cibler les lieux où se déroulent de manière habituelle des petits trafics qui alimentent l'économie souterraine et qui génèrent des nuisances sociales importantes, notamment aux abords des établissements scolaires. En matière de lutte contre les trafiquants, il appartient au chef de projet de mobiliser les acteurs locaux et régionaux dans leurs efforts pour lutter contre les trafiquants et leurs avoirs criminels.

1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie

En ce qui concerne la **mise en œuvre des orientations nationales** du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, **la MILDT a réalisé début 2010, un premier point d'étape** (Deugnier et al. 2010) de son action. Ce premier bilan indique une réalisation à hauteur de 50 % des 193 mesures du plan.

Information, communication, prévention

Dans le domaine de l'information et de la communication, deux campagnes nationales « grand public » ont été orchestrées par la MILDT en octobre et novembre 2009 : « Drogue, ne fermons pas les yeux » et « La drogue, si c'est interdit, ce n'est pas par hasard » (voir chapitre 3.5). Sur le plan de la prévention, le plan gouvernemental entendait mobiliser les parents dans la prévention de conduites addictives ainsi que les partenaires sociaux concernés par les addictions en milieu professionnel. Animée par cet objectif, la MILDT a placé ces deux thématiques au cœur des principaux forums et débats organisés en 2009. Ces premières réflexions menées auprès des partenaires institutionnels et sociaux ont servi à préparer les deux assises inscrites à l'agenda de la MILDT pour 2010 : l'une sur la parentalité et l'autre sur les addictions en milieu professionnel (voir chapitre 3).

Application de la loi et lutte contre le trafic

Le dispositif des stages de sensibilisation adopté par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, à destination des usagers occasionnels de produits illicites dans le cadre de leur interpellation, a poursuivi sa montée en charge après une série d'actions de sensibilisation des parquets. Le bilan de la MILDT fait état de plusieurs milliers de personnes qui ont suivi un stage.

En matière de lutte contre le trafic, la coopération internationale a été renforcée par le recours aux équipes communes d'enquête en matière de lutte contre la criminalité transfrontalière. Le bilan réalisé par la MILDT décompte une vingtaine d'équipes internationales fin 2009. Par ailleurs, l'année 2009 a connu l'entrée en service du centre de coordination pour la lutte antidrogue en Méditerranée et l'ouverture de deux plates-formes européennes d'officiers de liaison pour faciliter les échanges de renseignements relatifs aux affaires de trafic international de stupéfiants. En outre, des actions ciblées en matière de lutte contre l'argent de la drogue ont été mises en œuvre en 2009 : des mesures organisationnelles et de formation concernant le « Groupement d'intervention régional » (GIR) visant à améliorer le dispositif de saisie des

³⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).

avoirs criminels, des actions de sensibilisation vers les professionnels des services répressifs et le parrainage de différents pays considérés comme sensibles en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants.

Prise en charge

La MILDT et les autorités sanitaires ont sélectionné en 2009 des programmes expérimentaux au sein du dispositif médico-social à destination de publics particulièrement vulnérables (jeunes en difficulté, personnes détenues, femmes enceintes et avec enfants, personnes en difficulté sociale, etc.). Ces programmes recouvrent : une vingtaine de consultations jeunes consommateurs dans des CSAPA, une dizaine de consultations au sein des Points écoute jeune, quatre consultations avancées auprès des femmes avec enfants dans des structures d'hébergement social, une équipe spécialisée auprès des femmes pour favoriser le repérage et leur accompagnement, deux structures d'accueil immédiat des personnes détenues... La mise en place de ces programmes est en cours en 2010.

S'agissant des orientations départementales de politique de lutte contre les drogues, la note du 4 novembre 2009 de la MILDT aux chefs de projet départementaux rappelle l'intérêt de prévoir **l'évaluation des projets innovants**, en vue d'une pérennisation ou d'un nouveau portage. **L'évaluation des actions menées en 2009 est confiée à une commission qui est placée auprès du préfet**. Il est prévu que cette commission délègue la mission d'évaluation à une sous commission spécialisée qui, par ailleurs, est chargée de définir les stratégies et projets à mettre en œuvre dès janvier 2010 à l'échelle de leur territoire. En outre, la note de 2009 de la MILDT rappelle la mise en place dans chaque région d'un dispositif d'appui méthodologique pour les chefs de projet destiné à éclairer leurs choix stratégiques et de construire des indicateurs pertinents pour en évaluer l'efficacité. Ce dispositif reprend les missions de conseil méthodologique et d'observation des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD) qui avaient été mis en place par la MILDT en 2005. **La note du 28 juillet 2009³⁶ de la MILDT à l'attention des chefs de projet régionaux** est venue rénover l'ancien dispositif d'appui régional porté par des associatifs afin de passer d'une logique de subvention de fonctionnement au réseau associatif à une logique de financement de projets et de renforcer le caractère interministériel du dispositif. La note prévoit également qu'une dotation de la MILDT soit versée aux chefs de projets régionaux. Elle devra servir à financer l'organisme retenu par appel d'offre dans le cadre d'une convention de prestation de service. En 2009, le budget pour les CIRDD s'est élevé à 2,8 M€. En 2010, la dotation régionale pour l'appel d'offre restera stable.

1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues

Dans le champ de la réduction des risques, l'adoption du plan hépatites 2009-2012 a provoqué du mécontentement parmi les principaux collectifs d'intervenants de la réduction des risques et d'ex-usagers de drogues du milieu associatif. Sous le slogan « Le plan hépatites 2009-2012 ne répond pas à l'urgence de l'épidémie de l'hépatite C », **le communiqué de presse du 25 février 2009** de l'AFR (Association française pour la réduction des risques), d'ASUD (Auto support des usagers de drogues) et d'AIDES (Association française de lutte contre le sida et les hépatites) porte les principales revendications des représentants des intervenants de terrain, des usagers et des malades, qui avaient été consultés pourtant, lors de l'élaboration du plan, par les autorités sanitaires. Leurs propositions visaient la mise en place de nouveaux programmes expérimentaux comme l'ERLI³⁷ (Programme d'éducation aux risques liés à l'injection) ou l'instauration de programmes d'échange de seringue dans les prisons. Une autre revendication majeure des associations concerne l'ouverture de salles de

³⁶ Note n°451 du 28 juillet 2009 de la MILDT à l'attention des chefs de projet régionaux sous couvert de préfets de région.

³⁷ http://www.sidaparoles.org/IMG/pdf/Protocole_ERLI-2.pdf et http://www.sidaparoles.org/IMG/pdf/ERLI_L-avis_des_UD.pdf

consommation à moindre risque (SCMR). L'intérêt d'ouvrir des salles de consommation pour les usagers les plus précaires a été rappelé par les intervenants associatifs à l'occasion de la journée mondiale des hépatites du 19 mai 2009 : une première démonstration a été réalisée dans les locaux d'ASUD à cette date.

Afin de demander à la mairie de Paris et au ministère de la Santé l'ouverture des salles de consommation à Paris, **un second communiqué de presse** signé par les associations ASUD, ANITeA, ACT UP Paris, Gaïa Paris et SOS Hépatites Paris est depuis le 19 mai dernier diffusé sur Internet pour recueillir le plus grand nombre de signatures des Français. Le second tremplin médiatique des associations pour sensibiliser et informer le public et les pouvoirs publics sur l'intérêt d'une prise en charge des usagers les plus en difficulté a eu lieu lors des journées de l'ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) les 11 et 12 juin 2009 derniers. C'est dans ce cadre qu'une nouvelle SCMR a été installée à la Cité des sciences et de l'industrie lors des journées ANITeA. **Le dernier communiqué de 2009 du collectif associatif, « Salle de consommation du 19 mai à Paris » (15 décembre 2009)**, a fait part des nouvelles avancées, notamment l'engagement de la mairie de Paris pour réaliser une étude devant permettre la mise en œuvre des salles de consommation. Il réaffirme la volonté du collectif associatif de continuer à mener des actions en faveur de ces dispositifs.

1.3.4. Modalités de la coordination

Coordination interministérielle à l'échelle nationale

Afin d'améliorer la coordination de l'action interministérielle au niveau central, l'Etat par la loi de finances rectificative pour 2008 dans son article 38 a doté la MILDT d'un instrument de pilotage permanent de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies : le document de politique transversale (DPT) dont le premier exercice a été réalisé en 2009 dans le cadre de la loi de finances pour 2010. Elaboré par la MILDT avec le concours des responsables ministériels concernés, le DPT « drogues » sert ainsi d'outil organisationnel pour mobiliser les acteurs ministériels. Il est réalisé à partir des indicateurs des projets annuels de performances (PAP) liés aux programmes ministériels.

Coordination interministérielle au niveau territorial

Malgré la réforme introduite par la loi HPST conférant à la région le pilotage de la politique sanitaire et la volonté de la MILDT de garder le niveau régional pour la mise en place de son nouveau dispositif d'appui « drogues », le pilotage de la politique gouvernementale en matière des drogues au niveau départemental n'a pas été remis en question. La légitimité du chef de projet départemental pour impulser l'action des administrations au niveau du territoire est réaffirmée par la note du 4 novembre 2009 de la MILDT aux chefs de projet départementaux. La coordination doit être assurée par le chef de projet départemental au sein du comité de suivi tout en veillant à ce que les actions locales sanitaires prévues dans la programmation régionale répondent aux besoins des usagers du département (voir 1.3.1.).

1.4. Analyse économique

1.4.1. Dépenses publiques

Les moyens d'intervention budgétaires déployés pour lutter contre les drogues et les toxicomanies proviennent essentiellement de l'Etat et de l'Assurance maladie.

1.4.1.1. Crédits de l'Etat

La contribution financière de l'Etat à la mise en œuvre de la politique dans le domaine des drogues repose sur les crédits alloués à la MILDT et aux ministères concernés. Au niveau territorial, la MILDT et les ministères délèguent une partie de leurs crédits respectivement aux chefs de projet de lutte contre les drogues et aux services déconcentrés de l'Etat. Les crédits

des pouvoirs publics affectés en 2009 à la lutte contre les drogues et les toxicomanies sont rassemblés dans le DPT « drogues » annexé à la loi de finances pour 2010.

Crédits MILDT

Destinés à impulser et coordonner l'action interministérielle tant au niveau national que territorial dans la lutte contre les drogues, les crédits attribués à la MILDT sont destinés au financement des outils communs d'information, de communication, de connaissance scientifique et de formation mis par la MILDT au service des ministères concernés. Ils servent également à financer les actions d'accompagnement à la mise en œuvre des projets innovants dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, du respect de la loi et de la lutte contre le trafic national et international. Par ailleurs, la MILDT délègue aux chefs de projet « drogues » une partie de ses crédits pour le pilotage de la politique nationale au niveau départemental. Pour 2009, le budget de la MILDT a représenté **31,27 M€**. Le budget voté pour 2010 correspond à 29,78 millions d'euros (PLF 2010). Les crédits exécutés en 2008 ont été de 25,58 millions d'euros.

Crédits ministériels

Pour 2009, la participation des ministères et des services déconcentrés à la politique transversale de lutte contre les drogues et les toxicomanies a été estimée à **893,85 M€** mais ce chiffre est à prendre avec précaution. Ces crédits impliquent presque une trentaine de programmes ministériels. L'estimation des crédits participant à la politique transversale a été établie par chaque responsable ministériel chargé de la mise en œuvre du programme et la méthode d'estimation utilisée varie d'un programme à un autre. Par ailleurs, ce chiffre ne retraçant pas l'exhaustivité des crédits affectés car pour certains programmes (7 sur 28), il n'a pas été possible d'établir la proportion de ceux qui concourent spécifiquement à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Le budget voté pour 2010 (PLF 2010) s'élève à 902,198 millions d'euros. Pour rappel, le budget exécuté pour 2008 correspond à 864,080 millions d'euros.

1.4.1.2. Crédits de l'assurance maladie

A l'effort budgétaire de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie, il faut également ajouter les moyens d'intervention de l'assurance maladie en matière de santé publique. Il s'agit des crédits affectés au volet de prise en charge sociosanitaire et de la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues qui est porté essentiellement par le secteur médico-social en addictologie³⁸. L'assurance maladie contribue également aux dépenses engendrées par la politique de prévention et de prise en charge des addictions par le remboursement des médicaments pour les traitements de substitution. Elle finance également les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pour la mise en œuvre des mesures issues des plans de santé nationaux spécifiques aux drogues (plan « addictions » 2007-2011, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, plan « hépatites » 2009-2012).

Structures d'addictologie

En 2009, le financement des structures d'addictologie s'est élevé à **286,67 M€** dont 270,34 M€ constituent des dépenses de personnel et de fonctionnement des structures existantes, 13,3 M€ ont été destinés dans le cadre du plan « addictions » à renforcer des CSAPA et des CAARUD existants, 2,8 M€³⁹ pour la mise en œuvre des mesures sanitaires et de réinsertion

³⁸ Depuis l'adoption de la loi de santé publique de 2004, la loi de financement de la sécurité sociale doit prévoir un nouveau poste budgétaire destiné à financer les établissements médico-sociaux d'addictologie (ONDAM spécifique médico-social).

³⁹ Circulaire interministérielle n°DGS/MC2/DGAS/DSS/MILDT/2009/372 du 14 décembre 2009 relative à la sélection de projets dans le cadre de l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à

prévues par plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 pour 2009 (voir tableau ci-après) et enfin, un budget de 0,2 M€ pour l'achat de vaccins contre l'hépatite B au titre du plan hépatites 2009-2012 pour l'année 2009.

Tableau 1-1 : Crédits affectés au financement du dispositif médico-social d'addictologie pour l'année 2009 (loi de financement de l'assurance maladie)

Type de dépense	Montants (en euros)
	ONDAM ⁴⁰ médico-social
Dépenses de personnel et de fonctionnement CAARUD et CSAPA	270 340 000
Crédits pour le renforcement de structures existantes (affectés aux mesures du plan « addictions »)	13 300 000
Crédits pour l'achat de vaccins contre l'hépatite B (affectés aux mesures du plan « hépatites »)	200 000
Crédits pour la mise en œuvre de mesures nouvelles (affectés aux mesures du volet sanitaire et social du plan « drogues »)	2 828 360
Répartis de la manière suivante :	
Nouvelles consultations jeunes consommateurs (CJC) rattachées à des CSAPA	669 615
<i>CJC dans des quartiers prioritaires</i>	396 866
<i>CJC dans les points d'écoute jeunes (PAEJ)</i>	69 297
<i>CJC dans des structures d'accueil des jeunes relevant de la Protection judiciaire et de la jeunesse (PJJ) et de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)</i>	203 452
Consultations avancées des CSAPA au sein de Centres d'hébergement et de réinsertion sociale recevant des parents avec enfants	218 915
Accueil spécifique pour les femmes avec enfant en CSAPA et CAARUD	117 426
Equipe mobile de prise en charge précoce parent-enfant	173 468
Programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons	582 298
Accueil personnes sortants de prison dans le dispositif accueil hébergement insertion (AHI)	9 000
Partenariat entre CSAPA, CAARUD et structures AHI	57 638
Création d'une communauté thérapeutique	1 000 000

Hôpital

Par ailleurs, dans le cadre des financements de l'assurance maladie aux établissements de santé, l'hôpital est financé pour 2009 à hauteur de 24,67 millions d'euros pour la mise en œuvre des mesures suivantes inscrites dans le plan addictions 2007-2011 et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011⁴¹ :

- 10,16 millions d'euros pour la création ou le renforcement de consultations hospitalières dans le champ des addictions ;
- 9,24 millions d'euros pour le financement des hospitalisations à des fins de sevrage complexe ;
- 4,62 millions d'euros pour la création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie ;

l'insertion sociale et à la réduction de risqué du plan gouvernemental de lute contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie.

⁴⁰ Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM)

⁴¹ Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

- 0,6 million d'euros pour la mise en place d'une vacation hebdomadaire de spécialiste en addictologie dans les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de 100 établissements pénitentiaires ;
- 0,05 million d'euros pour la conduite d'actions de formation des professionnels de santé à la prise en charge des populations toxicomanes.

Médicaments TSO

La sécurité sociale rembourse également les médicaments nécessaires aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), un volume de dépenses important de l'assurance maladie en matière d'addictions. Les données les plus récentes publiées par l'Assurance maladie concernent les montants de remboursement de l'année 2006. **Le montant remboursé a été à hauteur de 87,454 M€** dont 77,637 millions correspondent aux remboursements relatifs aux médicaments à base de buprénorphine et 9,818 millions pour la méthadone.

1.4.2. Budget

En 2009, les **recettes** affectées au fonds de concours provenant du produit de la vente des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales des affaires de stupéfiants ont atteint **11,4 M€** montant le plus élevé depuis la mise en place de ce dispositif en 1995. Le montant du fonds de concours est redistribué par la MILDT à 90 % aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et l'application de la loi pour financer l'acquisition d'équipements ou de services destinés à la lutte anti-drogue. Les 10 % restant peuvent servir à financer les actions de prévention menées par les ministères concernés. En 2009, ces recettes ont été réparties entre les ministères de la manière suivante : ministère de l'Intérieur (35 %), ministère de la Défense (25 %), ministère de la Justice (20 %), ministère du Budget (10 %) et ministère des Affaires sociales (10 %).

1.4.3. Coût social

Depuis une dizaine d'années, à l'initiative de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, le coût social des drogues licites et illicites a régulièrement fait l'objet de publications. La première étude (KOPP et al. 1998) remonte aux années 1990. Elle portait sur les méthodes possibles de calcul. Les premières estimations ont été présentées dans le rapport Kopp et Fénoglio (KOPP et al. 2000) sur *Le coût social des drogues*. Ce premier travail évaluait le coût supporté annuellement par la collectivité à 2 035,24 M€. Depuis, les ré estimations ont été régulières. La nécessité d'une ré-estimation permanente a une double explication. D'une part, elle se justifie par la parution de nouvelles données initialement indisponibles (par exemple les traitements de certaines pathologies) et d'autre part, elle s'explique par la nécessité de prendre en compte de nouvelles méthodes de calcul suggérées par la discussion publique des résultats antérieurs. Ainsi, Kopp et Fenoglio⁴² (2004) évaluent le coût social des drogues illicites à 2 333,54 M€ en 2004. De la même manière, en 2005 une nouvelle réactualisation a été conduite par les auteurs (Kopp et Fenoglio, 2006)⁴³ qui ré-estiment le coût social à 2 824,44 M€.

⁴² <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkk6.pdf>

⁴³ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxkm5.pdf>

2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

2.1. Introduction

Les usages en population adulte

Quasi inexistantes au début des années 1990, les enquêtes par sondage interrogeant un échantillon représentatif de la population sur ses usages de substances psychoactives et ses représentations des drogues ont connu un important développement en France à la fin du siècle dernier. Dans plusieurs rapports, l'absence de ces enquêtes était apparue comme le manque le plus criant d'un dispositif reposant en grande partie sur des données issues des institutions sanitaire, sociale, répressive et judiciaire (FAUGERON et al. 2002; HENRION 1995a; PADIEU 1995)

En effet, seules les enquêtes effectuées auprès d'un échantillon représentatif des adultes français permettent d'appréhender le niveau et les comportements de consommation de ces produits dans l'ensemble de la population. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a donc beaucoup investi sur cette question à partir de 1997 afin de monter un dispositif ayant la qualité nécessaire pour offrir à la fois un suivi barométrique fiable des usages et une lecture quantitative des principaux facteurs associés. Le rôle des enquêtes déclaratives représentatives de la population dans l'observation des conduites addictives est multiple. Il s'agit à la fois :

- de quantifier les niveaux d'usage des différents produits ;
- de décrire la diversité de ces usages ;
- de mesurer les liens avec d'autres facteurs ;
- d'observer des tendances d'évolution dans le temps.

Le tableau 2-1 offre une vue d'ensemble hiérarchisant nettement les produits entre eux en terme de nombre de consommateurs. Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe entre 11,9 et 12,9 millions. Il apparaît clairement que ce sont les substances licites (alcool et tabac) qui sont les plus diffusées dans la population, mais aussi les plus consommées (qu'il s'agisse de l'usage régulier ou de l'usage quotidien). Le tabac apparaît moins souvent expérimenté que l'alcool, mais nettement plus souvent consommé quotidiennement, ce qui souligne son fort caractère addictif. Les médicaments psychotropes constituent une catégorie à part du fait de la variété de leurs usages, depuis la prescription médicale strictement respectée jusqu'à l'usage détourné (notamment en association avec l'alcool), en passant par l'usage thérapeutique sans prescription médicale. Ils se situent assez loin en termes de consommation, mais touchent cependant un public beaucoup plus nombreux que les substances illicites, avec plus de huit millions de consommateurs annuels. Le cannabis est la principale substance illicite diffusée en France, dix fois plus répandue que la cocaïne et l'ecstasy, et vingt fois plus que l'héroïne. Son usage quotidien concerne plus d'un demi-million de personnes.

Tableau 2-1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans

	Alcool	Tabac	Cannabis	Médicaments psychotropes	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	12,4 M	15,1 M	360 000	1,1 M	900 000
dont occasionnels	39,4 M	14,9 M	3,9 M	8,7 M	//	250 000	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	1,2 M		//	//	//
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	550 000		//	//	//

Sources : ESCAPAD 2008, OFDT ; ESPAD 2007, INSERM/OFDT ; EROPP 2002, OFDT ; Baromètre Santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Légende :

- // : non disponible

- Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie

- Occasionnels : consommateurs dans l'année (sauf tabac : fumeurs actuels)

- Réguliers : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes et au moins 10 consommations dans le mois pour les adolescents, tabac quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois

- Quotidiens : usage quotidien (sauf médicaments : usage « quotidien ou presque » dans le mois)

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

Les usages en population adolescente

L'adolescence est l'âge de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois de l'entrée dans un usage plus régulier. Menée par questionnaire auto-administré et strictement anonyme, l'Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense (ESCAPAD, voir annexe VI-K) permet de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17 ans et de présenter les évolutions récentes de ces pratiques à la fin de l'adolescence. L'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, voir annexe VI-L) permet pour sa part d'observer les usages des jeunes gens scolarisés en particulier ceux âgés de 16 ans qui restent très majoritairement scolarisés. Enfin l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, voir annexe VI-E), menée dans 41 pays ou régions du monde occidental, interroge des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine sur leurs comportements de santé et leurs consommations de produits psychoactifs. Ces trois enquêtes permettent donc d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans, notamment les usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis. Toutefois, c'est à la fin de l'adolescence (17 ans) que l'observation des comportements permet le mieux de distinguer les individus qui sont réellement engagés dans les consommations de ceux qui n'ont pas fait un tel choix.

2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)

Niveaux d'usage de drogues en population générale

En France les résultats de la dernière enquête quinquennale en population générale (décembre 2009) dite "Baromètre santé" (voir annexe VI-A) sont en cours d'analyse. Les données disponibles de cette enquête datent de 2005 (BECK et al. 2006a). En 2005, 84,8 % des 12-75 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année, avec une surreprésentation de la population masculine : 13,7 % des Français ont déclaré une consommation quotidienne – 20,3 % des hommes et 7,3 % des femmes. La consommation de tabac poursuit quant à elle sa tendance à la baisse, phénomène en cours depuis près de quarante ans maintenant : de 33,1 % des 12-75 ans qui déclaraient fumer en 2000 à 29,9 % en 2005. En 2005, 30,6 % des 15-64 ans ont consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis. *A contrario*, l'expérimentation d'autres produits illicites reste particulièrement faible et principalement le fait des jeunes adultes. Les différentes données disponibles confirment la position du cannabis comme première drogue illicite consommée en France.

Tableau 2-2 : Expérimentation et consommation dans l'année de produits psychoactifs, 15-64 ans en France en 2005 (%).

Produits	Expérimentation	Consommation dans l'année
Alcool	92,2	86,0
Tabac	78,2	ND
Médicaments psychotropes	35,7	18,5
Cannabis	30,6	8,6
Poppers	3,9	0,6
Champignons hallucinogènes	2,7	0,3
Cocaïne	2,6	0,6
Ecstasy	2,0	0,5
Produits à inhaler	1,7	0,2
LSD	1,5	0,1
Amphétamines	1,4	0,2
Héroïne	0,8	0,1
Crack	0,3	0,1

ND : non disponible. Source: Baromètre santé 2005 INPES, exploitation OFDT.

Opinions et perceptions sur les drogues

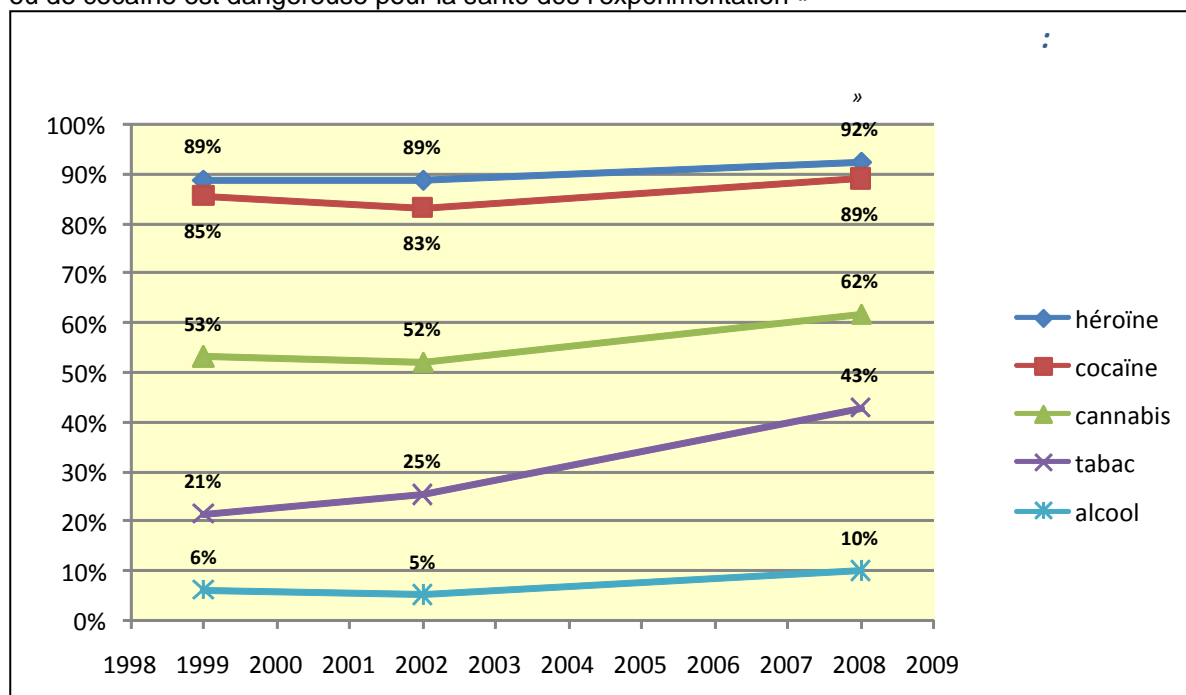
Pour son troisième exercice, l'enquête EROPP (voir annexes VI-J) permet de faire le point sur l'évolution de la connaissance et des opinions de la population française sur les drogues et les principales actions publiques développées ces dernières années. Fin 2008, plus de 2 000 personnes âgées de 15 à 75 ans sélectionnées aléatoirement ont été interrogées par téléphone à leur domicile et invitées à donner leur point de vue en répondant à un questionnaire pendant une vingtaine de minutes. Les principaux thèmes traités sont les perceptions de la dangerosité des substances psychoactives, les craintes qu'elles suscitent et les appréciations sur les mesures de politique publique actuelle ou sur celles à mener.

Evolution de la perception de la dangerosité des drogues entre 1999 et 2008

Globalement entre 2002 et 2008, le sentiment de dangerosité à l'égard de l'expérimentation des drogues licites et illicites n'a cessé d'augmenter (Costes, J. 2010). Toutefois, cette perception de la dangerosité varie fortement d'un produit à l'autre et selon le statut des substances.

Pour l'alcool il y a, en 2008, deux fois plus de personnes qu'en 2002 (10 % vs 5 %) qui considèrent sa consommation nocive dès les premières expériences. Toutefois, sa dangerosité perçue reste très en deçà des autres produits. Les opinions à l'égard de la dangerosité de la cocaïne et de l'héroïne se sont également durcies, mais ces évolutions apparaissent moins significatives étant donné la part déjà très élevée des personnes (supérieure à 80 %) en 1999 et 2002 qui associait ces deux produits à un danger immédiat. Remarquons qu'en 2008, une très large majorité des personnes continue de juger l'héroïne comme la substance la plus dangereuse dès l'expérimentation, devançant toujours légèrement la cocaïne (92 % vs 89 %). Les progressions les plus nettes sont celles relatives au tabac et dans une moindre mesure au cannabis. Aujourd'hui, 43 % des personnes interrogées jugent que l'expérimentation du tabac est déjà dangereuse pour la santé, alors que cette proportion n'atteignait que 25 % en 2002. Cette hausse de 18 points est la plus importante mesurée dans l'enquête. La seconde hausse très forte (10 points) est celle relative au cannabis : la proportion de personnes jugeant son expérimentation dommageable pour la santé atteint désormais 62 % de l'échantillon en 2008 contre 52 % en 2002. Ces évolutions n'altèrent pas la hiérarchie de la dangerosité perçue des produits. Trois groupes se distinguent fortement : l'héroïne et la cocaïne qui restent largement en tête des produits considérés comme les plus dangereux ; viennent ensuite le cannabis et le tabac ; enfin l'alcool dont l'évolution de la dangerosité perçue est restée limitée comparativement aux autres produits et qui apparaît dès lors très en retrait.

Graphique 2-1 : Evolutions entre 1999 et 2008 de la perception de la dangerosité des drogues :
 « Pourcentage de personnes jugeant que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation »



Source EROPP 1999, 2002, 2008 – OFDT

2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)

En 2006, le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé parmi les adolescents de 15 ans. Ils sont 28 % à déclarer en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Plus d'un jeune sur deux déclare en avoir consommé au cours du dernier mois, les garçons plus souvent que les filles (14 % contre 11 %).

En dehors du cannabis, l'expérimentation de drogues illicites ou détournées reste rare (Tableau 2-3). Les produits les plus courants sont les solvants et les produits à inhaler qui représentent 5 % des expérimentateurs, viennent ensuite la cocaïne et le crack (3 %), les amphétamines, « les médicaments pour se défoncer » (comme indiqué dans le questionnaire), tournant tous autour de 2 % et, pour terminer, l'héroïne et le LSD, qui ne dépassent pas la barre des 1 %. La catégorie résiduelle « Autres produits » est mentionnée par 7,5 % des jeunes même si son contenu reste inconnu. C'est plus précisément la nature de ces produits qui est inconnue (c'est-à-dire qu'ils soient des psychotropes, illicites ou recourent d'autres catégories de produits, particulièrement le cannabis, qui est connu sous un éventail de noms différents localement, en fonction de sa nature, sa source et sa qualité).

Tableau 2-3 : Niveaux d'usages au cours des 12 derniers mois de produits illicites ou détournés à l'âge de 15 ans (%)

	Garçons (%)	Filles (%)	Sex ratio	Toutes catégories confondues
Produits à inhaler	5	5	0,9 ns	5
Cocaïne & crack	3	3	1,1 ns	3
Amphétamines	3	2	1,5 ns	2
Médicaments pour se droguer	1	3	0,3***	2
Ecstasy	1	1	1,6 ns	1
Héroïne	1	1	1,3 ns	1
LSD	1	1	0,8 ns	1

Les symboles *, **, *** et ns correspondent à : Test du chi-2 test chi-2 pour une comparaison entre les sexes, respectivement important aux seuils 0,05, 0,01, 0,001 et non-significatif. Source : HBSC 2006, traité par l'OFDT.

Pour tous ces produits, le sex ratio est proche de 1 et l'écart entre les sexes est non-significatif, même pour l'ecstasy et les amphétamines (respectivement 1,6 et 1,5), à l'exception des « médicaments pour se droguer », pour lesquels on note une propension plus importante d'expérimentation chez les filles, de même que pour les psychotropes en général au cours des années d'adolescence. La nature infime des écarts est principalement due au faible nombre d'expérimentateurs concernés à cet âge. De fait, ce résultat est similaire à celui observé pour l'expérimentation du cannabis à l'âge de 11 ans, qui reste rare, chez les utilisateurs des deux sexes.

Tableau 2-4: Usage du tabac, de l'alcool et du cannabis à l'âge de 16 ans en 2007 (% et sex ratio)

	Garçons (%)	Filles (%)	Sex ratio	Ensemble (%)
Tabac				
Expérimentation (≥1 usage / vie) Cigarette	58	61	0,9 ns	60
Usage occasionnel de cigarettes	11	15	0,7 **	13
Usage quotidien (≥ 1/jour) de cigarettes	18	16	1,1 ns	17
Usage ≥ 10 cig. par jour	5	4,6	1,1 ns	4,8
Alcool et ivresses				
Expérimentation (≥1 usage / vie) alcool	89	88	1,0 ns	88
Alcool ≥1 usage / année	82	81	1,0 ns	81
Alcool récent (≥1 usage / mois)	66	62	1,1*	64
Usage régulier (10+/mois) d'alcool	18	9	2,1 ***	13
Expérimentation (≥1 usage / vie) ivresse	47	45	1,1 ns	46
Ivresse ≥1 / année	37	35	1,1 ns	36
Ivresse régulière (10+/an)	4,2	2,7	1,6 *	3,5
5 verres et +/occasion au cours du mois	44	34	1,3 ***	39
Cannabis				
Expérimentation (≥1 usage / vie) cannabis	35	27	1,3 ***	31
Cannabis ≥1 usage / année	28	21	1,3 ***	24
Cannabis récent (≥1 usage / mois)	18	12	1,5 ***	15
Usage régulier (10+/mois) de cannabis	5	2	2,5 ***	3,5

Ns, *, **, *** : p-valeur pour le test Chi² pour une comparaison entre les sexes : 0,05, 0,01 et 0,001.

Source : ESPAD 2007 OFDT-INSERM

Tableau 2-5 : Evolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2005 et 2008 à 17 ans (% et sex ratio)

	Garçons 2008	Filles 2008	Sex ratio	Ensemble 2008	Ensemble 2005	Évolution1 (05/08)	Évolution2 (05/08)
Tabac expérimentation	70,5	71,0	1,0 ns	70,7	72,2	-2%	-1,5
Tabac quotidien	29,9	27,9	1,1***	28,9	33,0	-12%	-4,1
Alcool expérimentation	93,5	91,7	1,0***	92,6	92,3	0,4%	0,3
Alcool mois	80,5	74,2	1,1***	77,4	78,7	-2%	-1,3
Alcool régulier (≥10 fois par mois)	13,6	4,0	3,4***	8,9	12,0	-26%	-3,2
Ivresse vie	65,1	54,3	1,2***	59,8	56,6	6%	3,2
Ivresse année	56,6	44,1	1,3***	50,5	49,3	2%	1,2
Ivresse répétée ((≥3 fois par an)	32,0	18,9	1,7***	25,6	26,0	-2%	-0,4
Cannabis expérimentation	46,3	37,9	1,2***	42,2	49,4	-15%	-7,2
Cannabis mois	29,5	19,8	1,5***	24,7	27,9	-12%	-3,2
Cannabis régulier (≥10 fois par mois)	10,7	3,9	2,7***	7,3	10,8	-32%	-3,4
Expérimentation de							
Poppers	15,2	12,2	1,2***	13,7	5,5	148%	8,19
Produits à inhaler	6,2	4,7	1,3***	5,5	3,6	54%	1,90
Champignons hallucinogènes	4,9	2,2	2,3***	3,5	3,7	-4%	-0,14
Cocaïne	4,0	2,4	1,7***	3,3	2,5	29%	0,74
Ecstasy	3,6	2,1	1,7***	2,9	3,5	-18%	-0,63
Amphétamines	3,5	1,9	1,9***	2,7	2,2	24%	0,52
LSD	1,6	0,8	2,1***	1,2	1,1	10%	0,11
Heroïne	1,4	0,8	1,9***	1,1	0,7	56%	0,39
Crack	1,3	0,7	1,7***	1,0	0,7	44%	0,31
Kétamine	0,8	0,4	2,1***	0,6	0,4	28%	0,12
Subutex®	0,8	0,3	2,5***	0,5	0,5	2%	0,01
GHB	0,5	0,3	1,6**	0,4	0,3	63%	0,17

Ns, *, **, *** : p-valeur pour le test Chi² pour une comparaison entre les sexes : 0,05, 0,01 et 0,001.

Les augmentations importantes (p<0,05) sont indiquées en caractères gras. Les baisses importantes sont indiquées en italique.

1 : Changement relatif enregistré avec les chiffres exacts.

2 : Changements enregistrés avec les chiffres exacts.

Source : ESCAPAD 2008 OFDT

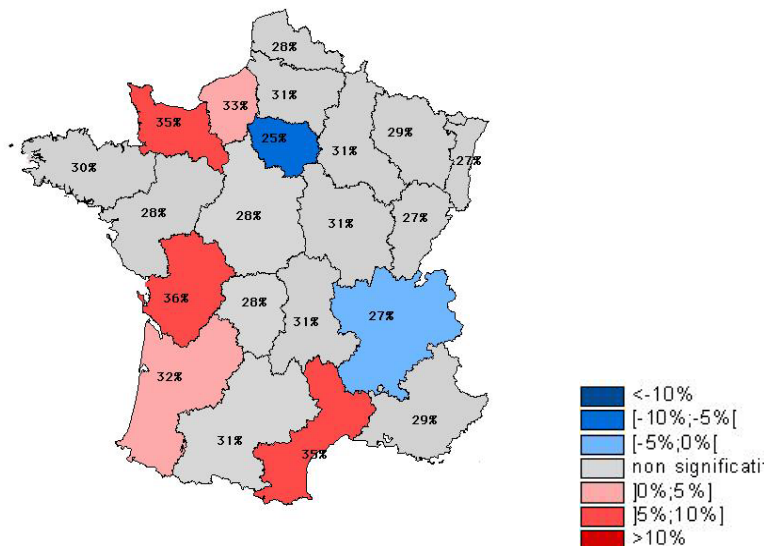
Les enquêtes HBSC et ESPAD (tableaux 2-3, 2-4) présentent des résultats concordants, malgré quelques variations méthodologiques entre les deux études : des diminutions importantes de la diffusion de l'usage du tabac et du cannabis, une stabilisation voire un recul de l'ivresse alcoolique. Pour sa part, l'étude ESCAPAD (Tableau 2-5) met en avant un recul de l'usage régulier d'alcool même si on observe parallèlement une légère augmentation des ivresses au cours de l'année. Par ailleurs, l'enquête révèle pour la première fois en huit ans une augmentation des âges moyens d'expérimentation du tabac et du cannabis. Il est probable que l'on assiste à un changement des comportements vis-à-vis de la première utilisation de ces substances.

Il subsiste, malgré tout, quelques points inquiétants comme l'augmentation de la diffusion de la cocaïne, des amphétamines, du crack, de l'héroïne et du GHB, même si ce comportement reste marginal. L'expérimentation du GHB est seulement signalée par 0,4 % des jeunes de 17 ans, le crack et l'héroïne par 1,1 % et les amphétamines et la cocaïne par respectivement 2,2 % et 3,3 %. Il semblerait donc qu'il y ait un intérêt renouvelé pour les stimulants dans

certains groupes marginaux de la population adolescente, même si l'ecstasy semble être passée de mode. Pour terminer, l'expérimentation des produits à inhaler et du poppers augmente considérablement, même si leur utilisation semble être abandonnée plus rapidement que pour les autres substances.

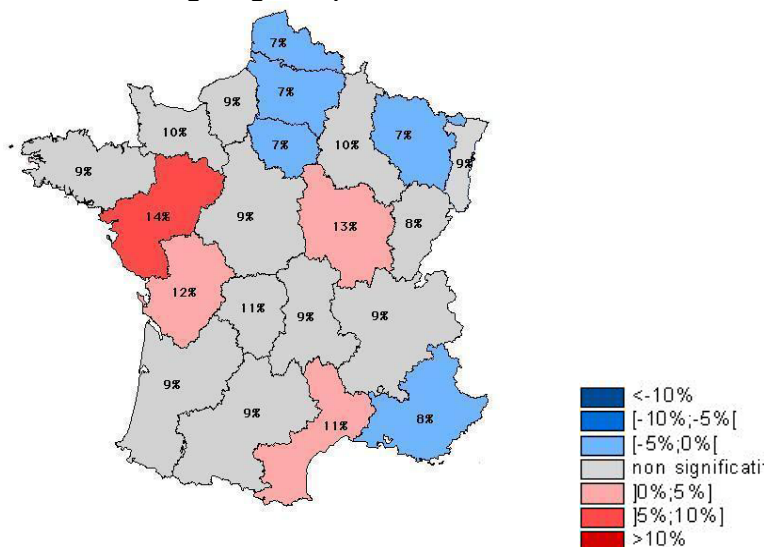
Données locales sur les usages à 17 ans à partir de l'enquête ESCAPAD 2008

Carte 2-1 : Usage quotidien de tabac à 17 ans



En 2008, la répartition des régions suivant leur prévalence de tabagisme quotidien est relativement homogène : dans leur grande majorité, les écarts mesurés ne sont pas significatifs. Dès lors, les rares régions qui se distinguent par un tabagisme quotidien moindre ou plus élevé ressortent tout particulièrement. Ainsi, le tabagisme quotidien se révèle nettement plus répandu dans trois régions, la Basse-Normandie, le Poitou-Charentes et le Languedoc-Roussillon et dans une moindre mesure en Aquitaine et Haute-Normandie où les écarts avec le reste de la France sont moins importants. A l'inverse, l'Île-de-France et Rhône-Alpes se signalent par des prévalences plus faibles. Globalement, les régions plus consommatrices se situent toutes sur les façades littorales.

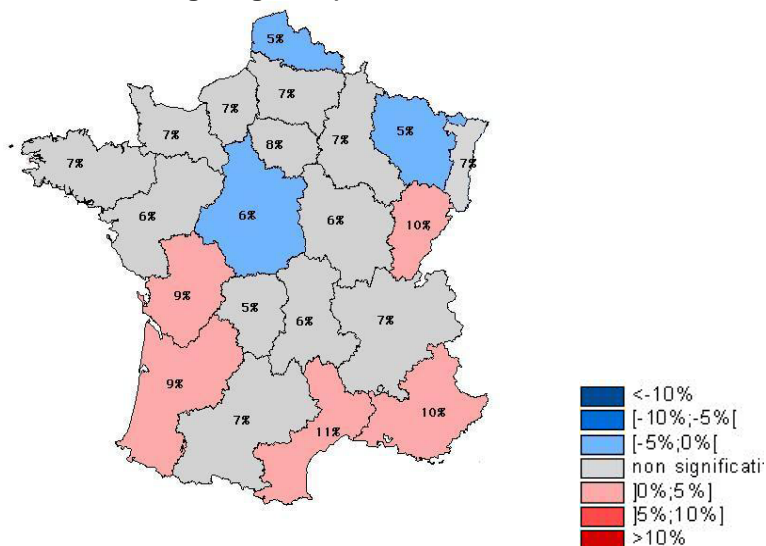
Carte 2-2 : Usage régulier (>= 10 fois au cours des 30 derniers jours) d'alcool à 17 ans



En 2008, la très grande majorité des régions présentent des niveaux d'usages réguliers inférieurs ou comparables au reste du territoire, ce qui dessine une cartographie régionale où les couleurs grises et bleue pâles dominent. Seules quatre régions (Pays de la Loire en

première position, Poitou-Charentes, Bourgogne et Languedoc-Roussillon) se démarquent particulièrement par des consommations régulières plus fréquentes que dans le reste du territoire. La cartographie des usages réguliers d'alcool s'est donc sensiblement modifiée depuis 2005. En particulier, le nombre de régions se démarquant par une surconsommation de boissons alcoolisées est moins important qu'en 2005 (4 régions contre 6). Parallèlement, le nombre de régions déclarant des niveaux d'usages moindres a plus que doublé entre 2005 et 2008.

Carte 2-3 : Usage régulier (>= 10 fois au cours des 30 derniers jours) de cannabis à 17 ans



En 2008, la très grande majorité des régions présentent des niveaux d'usages réguliers de cannabis inférieurs ou comparables au reste du territoire dessinant une cartographie régionale relativement homogène : la variance des moyennes régionales étant particulièrement faible. Seules cinq régions (Aquitaine, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, PACA et Franche-Comté) se distinguent par une proportion d'adolescents âgés de 17 ans déclarant fumer du cannabis plus importante que dans le reste du territoire. Parmi ces régions aucune ne se démarque plus particulièrement : les écarts entre le niveau dans la région et le reste du territoire sont tous compris entre 0 et 5 %. La distribution révèle toutefois une opposition nord (où sont concentrées les régions peu consommatrices) et sud (où se situent les régions plus consommatrices).

2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local

Etude en milieu festif gay

Une étude ethnographique a été réalisée pour l'OFDT en 2007-2008 sur les usages de substances psychoactives en milieu festif gay à Paris et à Toulouse (Fournier et al. 2010).

Les données quantitatives disponibles (Enquête presse gay 2004) témoignent de niveaux d'usages au cours de l'année supérieurs dans cette population à ceux de la population générale masculine du même âge⁴⁴ (cocaïne : 6,3 % vs 1,0 % ; ecstasy, 6,0 % vs 0,7 % ; poppers, 47,5 % vs 11,3 %, etc.). Les données qualitatives ont par ailleurs montré l'existence d'usages spécifiques propres à cette population au plan des produits consommés mais également des modes d'usages, des produits associés ou des contextes d'usage.

La finalité de ce travail centré sur les consommations de drogues en contextes festifs homosexuels masculins était double pour l'OFDT. Un premier objectif consistait à préparer

⁴⁴ Donnée de l'enquête presse gay standardisée sur la structure par âge de la population générale

une possible extension de l'observation ethnographique du dispositif TREND, dispositif de veille dans le champ des drogues, vers ce milieu festif homosexuel, « initiateur potentiel de tendances ». La deuxième visait le groupe festif pour lui-même. Il s'agissait de décrire les usages et comprendre certaines logiques de consommation qui lui apparaissent relativement spécifiques. L'étude visait en particulier à comprendre le lien, constaté sur un plan statistique, entre usages de substances psychoactives et comportements sexuels à risque, parmi les personnes qui fréquentent ce milieu festif homosexuel masculin.

Cette étude⁴⁵ a pu dans un premier temps montrer que les usages de produits psychoactifs des homosexuels masculins en milieu festif ne sont pas différents dans leur motivation et dans leurs modalités de ceux des autres consommateurs du milieu festif techno. En effet, de nombreux usagers gays ont débuté leur consommation dans le contexte des rave-parties des années 1990. Les principaux produits consommés sont les mêmes que dans le milieu festif techno courant (alcool, cannabis, cocaïne, MDMA, plus rarement kétamine) même si l'on note une place particulière de l'usage des poppers. La méthamphétamine, produit quasi absent de la scène festive, est très occasionnellement présente dans le milieu du clubbing homosexuel. Enfin, l'acquisition par Internet semble jouer un rôle dans l'approvisionnement plus important que parmi les autres usagers du milieu festifs de même que l'acquisition directe de produits non disponibles en France dans les grandes capitales étrangères. De plus, ces usagers semblent cultiver une certaine expertise des effets des produits, dans la limite de l'information accessible.

Les données ont également permis à l'OFDT, dans une période où l'usage de GHB/GBL entraînait des comas localement chez de jeunes usagers festifs et/ou l'expérimentation de poppers « explosait » chez les jeunes de 17 ans, de comprendre comment certains produits consommés dans cette frange de population pouvaient, selon des paramètres locaux y rester confiner où se diffuser dans le milieu plus large des jeunes festifs hétéro.

Dans un second temps, le travail met en évidence la spécificité des usages en contexte festif gay à Paris et à Toulouse par rapport aux autres contextes festifs, à savoir l'usage sexuel des produits. En effet, si la culture techno a pour particularité d'être asexuée, la sexualité est en revanche au cœur du milieu festif gay qui met en scène la masculinité et même l'hyper-virilité comme objet de désir. Les substances font ainsi l'objet d'une appropriation individuelle et sont mises au service des pratiques sexuelles, jusqu'à devenir chez certains indispensables à tout acte sexuel. Il peut s'agir de favoriser la rencontre avec des partenaires occasionnels, de faciliter la réalisation d'un rapport sexuel avec une personne suscitant peu de désir, de « lever des inhibitions » pour accéder à de nouvelles pratiques (notamment celles qui vont à l'encontre de l'image idéale d'hyper-virilité) ou de réaliser des fantasmes ; de permettre au corps de supporter des pratiques douloureuses ou de permettre à la personne de supporter des situations pénibles, ou encore d'obtenir un « soutien chimique » par crainte de défaillance.

Une autre thématique de l'enquête portait sur les rapports entre comportement sexuel à risque et consommation de substances psychoactives. Contrairement à certaines études américaines qui tendent à attribuer de façon causale une responsabilité à la prise de substances psychoactives dans le relâchement des comportements de prévention, rien dans le matériel ne permet de conclure en ce sens.

D'une part, pour certains engagés de manière significative dans l'usage de substances psychoactives associées aux pratiques sexuelles, les conduites à risques se produisent quelle que soit l'intensité de l'état de conscience modifié. Autrement dit, il leur arrive de prendre des risques même quand ils ont peu ou pas consommé. Et d'autre part, certains, moins engagés dans des consommations de drogues sont d'autant plus vigilants lorsqu'ils ont consommé un produit avant d'avoir une relation sexuelle. Car pour eux consommer une drogue, c'est déjà prendre un risque. Si l'état modifié de conscience participe à des comportements à risques par

⁴⁵ Certains paragraphes de cette synthèse sont repris presque *in extenso* de la synthèse du rapport.

l'altération de certaines facultés de jugement et d'action, réduire les phénomènes de relâchement à cette dimension ne correspond pas à la complexité de ce que vivent les homosexuels masculins rencontrés dans cette investigation.

Il apparaît que ces comportements sont le résultat d'attitudes essentiellement déterminées bien avant la prise de produits, psychiquement, socialement ou rationnellement et pour lesquels les produits n'interviennent que de façon contingente. Ainsi, certaines vulnérabilités psychiques, la proximité voire l'appartenance à des groupes qui revendiquent la prise de risque comme une valeur dans la sexualité ; ou encore, la peur d'une interprétation négative par le partenaire du comportement de protection semblent bien plus déterminants dans le comportement à risque, que l'état de conscience modifié par la prise d'un ou plusieurs psychotropes.

Etude sur les populations en centre d'hébergement

En 2008, l'OFDT a initié la première enquête nationale sur les usages de drogues auprès des populations sans logement. L'enquête avait donc un double objectif : le premier consistait à expérimenter un dispositif d'interrogation des usages de drogues licites et illicites auprès d'une population dite « sans domicile » qui garantisse la comparabilité des estimateurs avec ceux observés en population générale.

Le second était d'établir une première mesure nationale des usages de drogues (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...) au sein de la population sans domicile.

Par ailleurs, un objectif connexe était de tester des questions spécifiques concernant les usages de drogues afin de mieux mesurer des changements tant en terme de produits que de mode de consommation. En effet, depuis quelques années une population relativement jeune et marginalisée présentant souvent des polyconsommations importantes de drogues et des modes d'usages spécifiques partage avec la population sans domicile l'espace urbain public rendant possible une porosité des comportements de consommation de drogues entre ces différentes populations.

L'enquête, qui repose sur un plan de sondage à deux degrés (sélection des centres d'hébergement, puis des individus en leur sein) s'est déroulée en mars-avril 2009 sur l'ensemble du territoire métropolitain parmi une population hébergée en centres maternels, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et en centres d'hébergement d'urgence (CHU) garantissant ainsi une large représentation des situations parmi les personnes sans domicile. L'absence au moment de l'enquête des individus dormant dans des lieux non prévus pour l'habitation (squats, lieux publics, caravanes...) est susceptible d'avoir constitué un biais de représentativité, même si durant l'hiver un certain nombre d'entre eux peuvent fréquenter les hébergements d'urgence. Au total, 1 954 personnes ont été interrogées par des enquêteurs professionnels au sein de 160 centres d'hébergements répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Les premiers résultats de cette enquête seront disponibles fin 2010.

3. Prévention

3.1. Introduction

Principes généraux et références

La politique de prévention des usages de drogues se définit en France comme l'intervention précoce auprès des jeunes pour retarder l'âge de l'initiation des consommations. Depuis 1999, en intégrant également les usages de substances psychoactives licites, telles l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, elle ne recouvre pas seulement l'endiguement des usages « simples » mais aussi celui des abus. Ces principes sont introduits et diffusés à travers le rapport dit « Parquet » (PARQUET 1997). Ils sont repris sous un angle plus pratique dans le guide d'intervention en milieu scolaire réalisé par le ministère de l'Éducation nationale et la MILDT en 2005 (DESCO-MILDT 2006). Ces documents apparaissent comme les seules références au plan national en matière de prévention. Ils abordent les approches théoriques scientifiquement validées mais demeurent indicatifs ; aucun protocole précis de prévention des dépendances ne s'impose aux agents de l'État ni aux associations spécialisées en France. Cependant, le cadre général de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire est celui de l'éducation pour la santé.

La classification distinguant prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée est encore peu usitée même si ces notions (les deux premières notamment) se diffusent peu à peu dans les cercles professionnels et institutionnels. Le discours et les programmations se réfèrent davantage aux types d'usages ciblés (ex. : usages « simples », abus, consommations massives d'alcool, héritage de la classification en prévention primaire/secondaire/tertiaire, ou encore aux publics institutionnels destinataires des actions – jeunes scolarisés, travailleurs, personnes sous main de justice, etc. La référence à la « prévention primaire » persiste même si la notion a évolué depuis une dizaine d'année déjà pour intégrer la prévention des abus (du fait principalement de l'intégration des drogues licites dans la problématique générale des addictions).

Contextes généraux et principaux acteurs

La prévention des drogues s'inscrit dans une logique d'extension des missions des services de droit commun, garantis par l'État ou délégués au secteur associatif, selon une logique de proximité. Ainsi, la majorité des actions de prévention des dépendances relève de la prévention universelle et est organisée dans le cadre de l'enseignement (scolaire ou universitaire) lorsqu'elle s'adresse aux publics jeunes. Elle implique largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour l'exécution des actions. Dans l'enseignement secondaire, chaque chef d'établissement, président du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), fixe annuellement les actions de prévention à mener auprès des élèves. Les chefs d'établissements reçoivent les recommandations de leurs administrations locales, en fonction des orientations ministérielles. Néanmoins, ils bénéficient d'une grande autonomie en la matière, de l'enseignement primaire au supérieur. Il en est de même pour les établissements d'enseignement agricole (relevant du ministère de l'Agriculture et de la Pêche). Les CESC rassemblant la communauté éducative et des acteurs compétents externes, définissent et coordonnent la politique de prévention des drogues dans les collèges et lycées. Les professionnels de l'enseignement agricole bénéficient depuis 2001 du Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (Reseda) pour l'échange, la formation et la diffusion d'outils de prévention et d'appel d'offres en matière d'éducation pour la santé.

En milieu professionnel, la prévention des usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes est conduite sous le pilotage des services santé au travail et, dans les entreprises de plus de cinquante salariés, des CHSCT (comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). Elle est cadrée par le code du travail.

La prévention auprès de publics à risque (« prévention sélective ») ou de consommateurs (« prévention indiquée ») est principalement le fait des associations spécialisées, notamment

dans les quartiers ou les établissements judiciaires. Ces associations ou encore des officiers spécialisés de la police ou de la gendarmerie sont également sollicités pour intervenir en milieu scolaire. Les mutuelles spécifiques aux étudiants sont actives dans le domaine auprès des jeunes en enseignement supérieur.

État des pratiques et observation

Depuis 2006, l'OFDT travaille à la mise en œuvre d'un système d'observation nationale sur les pratiques de prévention universelle ou sélective liées aux drogues licites et illicites en France. Ce système dit « ReLION » (« Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions temporaires de prévention liée aux drogues illicites et licites », voir annexe VI-W) vise à recueillir et à suivre dans le temps les principales caractéristiques des actions de prévention locales menées en la matière. Sa particularité est sa couverture intersectorielle et son indépendance par rapport aux processus de financement des actions (milieu de l'enseignement, du travail, judiciaire, communautaire, etc.). Après son expérimentation dans 9 des 26 régions françaises en 2007 à la demande de la MILDT, le projet de son extension nationale soulève quelques difficultés méthodologiques, compte tenu de la multiplicité et de la diversité des acteurs et de systèmes d'information coexistants dans certains secteurs d'activité. Cette extension est néanmoins à l'étude et ne s'installera que progressivement compte tenu de la difficulté de mise en œuvre liée au sujet (principes d'intervention et notions non stabilisés, caractère multisectoriel, etc.) et aux réserves identifiées (dimension évaluative potentielle, choix des indicateurs-clés, etc.).

En conséquence, l'analyse statistique du nombre d'actions de prévention réalisées, de leurs caractéristiques ou de la part des publics-cibles bénéficiant d'une action n'est pas disponible à ce jour.

Malgré l'absence à ce jour de système d'information nationale sur les pratiques de prévention, certaines évolutions transparaissent. Grâce aux efforts développés depuis 1999 pour professionnaliser et harmoniser l'offre de prévention, certains principes semblent désormais répandus : par exemple, l'insuffisance d'une approche informative pour modifier à elle seule les comportements d'usage, la pertinence du rôle préventif des parents, d'une approche interactive ou du développement de compétences psychosociales. Néanmoins, même s'ils sont connus, ces principes d'intervention demeurent difficiles à mettre en œuvre pour de nombreux acteurs.

Cadre législatif

La loi de santé publique de 2004, reprise par le code de l'éducation, fixe l'objectif minimal d'une séance annuelle par groupe d'âge homogène pour l'information 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 (...) »⁴⁶.

Le levier législatif pèse davantage sur la restriction de l'accessibilité des produits et les réponses judiciaires face aux usages illicites, comme les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants destinés aux usagers interpellés depuis 2008⁴⁷. La législation sur l'usage public, la publicité ou les conditions d'accessibilités liées à l'alcool ou au tabac existent depuis longtemps⁴⁸. Plus récemment, en novembre 2006, l'interdiction de fumer dans les lieux

⁴⁶ Loi de programmation de la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.

⁴⁷ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297 et circulaire CRIM 08-11/G409.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances du 9 mai 2008 (NOR JUS D0811637 C).

⁴⁸ Citons par exemple : Ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 et loi n°74-631 du 5 juillet 1974 interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, loi n°91-32 du 10 janvier 1991 (dite Loi Evin) 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

à un usage collectif (loi Evin) a été généralisée aux lieux accueillant du public, incluant les lieux de travail en février 2007 et, depuis janvier 2008, l'ensemble des lieux de convivialité.

Coordination nationale, locale et financement

Les politiques de prévention des usages de drogues licites et illicites sont impulsées et coordonnées par la MILDT à travers les plans gouvernementaux pluriannuels qu'elle définit, le dernier ayant été adopté en juillet 2008 pour la période 2008-2011. Elles trouvent écho ou parfois sont complétées à travers des programmes ministériels (Éducation nationale, notamment) ou des plans nationaux sur des thématiques connexes (ex. : lutte contre le cancer en 2003-2008).

La déclinaison des orientations nationales au plan local s'appuie sur les services déconcentrés de l'État et sur les chefs de projet « drogues et dépendances » (nommés au sein du corps préfectoral), représentants directs de la MILDT au plan local. Le chef de projet définit et anime la politique de prévention du département (niveau géo-administratif sous-régional). Il dispose pour cela de crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels.

Des programmes territoriaux transversaux – relevant de la santé, de la lutte contre l'exclusion sociale, de la sécurité publique ou de la politique de la Ville – permettent également de redistribuer des crédits publics pour la prévention à l'encontre des drogues. De plus, l'identification de zones d'intervention prioritaire en matière d'éducation ou d'aménagement du territoire (selon des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité) permet de concentrer des moyens supplémentaires vis-à-vis de publics défavorisés.

Parallèlement, le système national d'assurance maladie subventionne également à travers le FNPEIS⁴⁹ des actions de prévention, sur appel d'offres.

Dispositifs de soutien aux décideurs et aux 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).

La Commission de validation des outils de prévention, coordonnée par la MILDT, fournit un avis sur la qualité et la pertinence des outils qui lui sont soumis.

Afin d'être représentés dans les débats publics et de promouvoir les échanges professionnels, les associations spécialisées se sont constituées en organisations fédératives⁵⁰. Celles-ci organisent des formations, cycles de conférences, groupes de réflexion ou réseau documentaire liés à la prévention de l'usage de substances psychoactives.

Enfin, dans chaque région, les chefs de projets bénéficient d'une structure d'appui technique plus particulièrement tournée vers l'observation et le diagnostic au plan local des niveaux de consommations et des réponses publiques ainsi que sur la méthodologie de projets.

Campagnes médias nationales et locales

Les campagnes médias des pouvoirs publics concernant les drogues illicites ont pour objectif d'informer et/ou d'alerter sur les substances et leurs consommations.

novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, NOR:SANX0609703D.

⁴⁹ Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

⁵⁰ 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.anitea.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).

Depuis une dizaine d'années ces campagnes ont eu comme émetteurs la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie associée le plus souvent à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que les ministères concernés (Santé, Justice).

Ces actions médiatiques sont menées à des intervalles et des rythmes très variables ; de même, la nature des messages de prévention, des produits mentionnés (approche globale ou non) et des publics ciblés en priorité (jeunes, parents, ensemble de la population mais aussi professionnels parfois) varie selon les orientations des plans de lutte gouvernementaux.

Les supports utilisés dans la mise en place de ces dispositifs médiatiques sont eux aussi divers : presse, affichage, radio, télévision mais aussi de plus en plus souvent Internet. Enfin, le budget consacré à de telles actions n'est pas uniforme selon les vagues publicitaires.

Ces campagnes font l'objet la plupart du temps de pré-tests et surtout de post-tests : ceux-ci ont pour objectif d'évaluer leur impact en termes d'audience, de mémorisation et d'agrément qui peuvent autoriser certaines comparaisons.

3.2. Prévention universelle

Le plan gouvernemental en vigueur de lutte contre les drogues pose le principe d'une intervention préventive dans tous les lieux de vie des Français et particulièrement des jeunes publics. Pour ces derniers, cela se traduit par un engagement fort, dans l'enseignement secondaire mais aussi dans l'enseignement supérieur, suscité notamment par la problématique saillante de l'alcoolisation massive. Cette optique de réponse globale implique également une dynamique particulière vers les familles et les adultes référents qu'il s'agit de stimuler et de conforter dans leur rôle préventif à l'égard des plus jeunes mais aussi vers le monde du travail. L'école, les familles et l'entreprise sont les trois pôles d'action majeurs de l'action gouvernementale liée à la prévention des drogues en 2009.

3.2.1. Milieu scolaire

La prévention universelle liée aux drogues licites ou illicites est en France l'approche majoritaire développée en milieu scolaire. Elle s'exerce principalement vers les élèves de l'enseignement secondaire même si, depuis la parution en 2005 du guide d'intervention en milieu scolaire (sous l'égide du ministère de l'Éducation nationale et de la MILDT), la dernière année du niveau primaire (CM2 ou *5th grade*), en abordant la question des drogues licites et notamment du tabac, doit constituer la première scène d'un processus de prévention évoluant jusqu'à la fin du secondaire.

Le principal chantier en 2009 en matière de prévention en milieu scolaire a été l'actualisation dudit guide d'intervention qui cependant n'a pas pu aboutir avant l'été 2010, divers événements ayant polarisé les services (gestion du risque grippal, problème des violences en milieu scolaire, etc.). La version mise à jour du guide paraîtra à la rentrée (automne) 2010.

Depuis 2006, la prévention des conduites addictives a trouvé un nouvel ancrage dans les missions fondamentales de l'Éducation nationale à travers l'institution du « socle commun de connaissances et de compétences », c'est-à-dire l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire pour sa vie de futur citoyen⁵¹. Les « compétences sociales et civiques » et les compétences « autonomie et initiative » de ce socle (respectivement compétences 6 et 7) illustrent la contribution académique de l'Éducation nationale au développement d'aptitudes individuelles et sociales classiquement rattachées aux *lifeskills* et susceptibles d'être mobilisées par des élèves confrontés à l'offre de drogues. Le ministère de l'Éducation

⁵¹ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation, NOR: MENE0601554D.

nationale rapporte pour 2008 que 87,4 % ($\pm 2,3$ %, $p=0.05$) des élèves en fin de 3^{ème} (9th grade) maîtrisaient effectivement les compétences sociales et civiques ciblées⁵². Ils étaient 83 % (± 2.8 %, $p=0.05$) pour ce qui est des aptitudes relevant du registre « autonomie et initiative ». Le calcul s'appuyait sur un protocole expérimental appelé à évoluer car basé sur une remontée d'information perfectible.

3.2.2. Familles

Le cercle familial est au cœur de la redynamisation des adultes référents en tant qu'acteurs de prévention de premier ordre.

Dans cet objectif, le rôle du système de droit commun que sont les REAPP (Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents) a été réaffirmé. Mais les statistiques d'activité de ces services ne distinguent pas quelles interventions sont liées à un problème d'usage de drogue ou d'addiction.

Le gouvernement s'est attaché plus spécifiquement à porter le débat sur la question de la parentalité et de la prévention sur la scène publique. Des assises sur la parentalité, concrétisées en mai 2010, ont été préparées en 2009, en confrontant l'expertise des différents secteurs professionnels concernés (pédopsychiatrie, sciences de l'éducation, droit, protection judiciaire de la jeunesse, protection de l'enfance, etc.). Les débats engendrés sur l'autorité parentale, la légitimité d'intervention des parents et l'aide à la parentalité devraient alimenter une campagne de sensibilisation gouvernementale vers les parents et autres adultes référents quant à leur rôle d'acteurs de prévention, prévue en 2010 (voir 3.5).

Le milieu du travail serait de plus en plus envisagé comme un terrain possible pour s'adresser aux parents à propos des usages de drogues chez les jeunes et des situations problématiques auxquelles pourraient être confrontés leurs enfants.

3.2.3. Communautés

Dans le contexte français, le travail préventif réalisé dans les cercles communautaires s'entend comme tout ce qui est fait en dehors de l'environnement scolaire ou universitaire. Ces initiatives s'adressent principalement aux populations des quartiers considérés comme difficiles et relèvent par conséquent de la prévention sélective. Dès lors, la prévention universelle basée sur les communautés se définit en référence à deux secteurs : le monde du travail et le monde récréatif culturel ou sportif.

Le monde du travail figure comme le milieu captif le plus propice pour délivrer des messages de prévention aux adultes sur leurs usages de drogues, licites ou licites, ou ceux de leurs proches (comme évoqué en 3.2.2). Le gouvernement estime à 20 % les cas d'absentéisme associés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. En 2009, la MILDT a préparé l'organisation d'assises sur le thème « Drogues illicites et risques professionnels » programmées pour le 25 juin 2010. Les objectifs sont d'adopter des mesures ciblées et d'apporter, de façon consensuelle, des modifications appropriées au code du travail. Deux forums interrégionaux ont été organisés en juillet et novembre 2009, en préalable aux assises nationales de 2010.

L'action gouvernementale en matière de prévention devant se déployer dans l'ensemble des cadres de vies des Français et des jeunes en particulier, le milieu du sport a été également le terrain de mesures nouvelles. Cependant, celles-ci ont principalement concerné les conduites dopantes, liées à des psychotropes comme à des stupéfiants. Une formation interministérielle à l'échelle nationale avait déjà été organisée à l'automne 2008 dans le but même de définir un projet type de formation régionale d'acteur de prévention

⁵² Document de politique transversale. Projet de loi de finances pour 2010. Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Ministère du budget des comptes publics et de la réforme de l'État.

Enfin, il convient de souligner un troisième « champ communautaire » de l'action publique en 2009. En juin 2009, un dispositif d'information, sous forme de plaquettes et de panneaux d'affichage, a été dirigé vers les voyageurs étrangers venant séjourner en France sur la législation applicable en matière d'usage et de trafic de stupéfiants, par l'intermédiaire des compagnies aériennes et maritimes, des aéroports, des gares ferroviaires, offices de tourisme, agences et guides de voyage.

3.3. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques

3.3.1. Groupes à risque

La prévention sélective des usages apparaît étroitement liée à celle du trafic de drogues ou de la récidive.

Le plan gouvernemental prévoit la réalisation par des équipes pluridisciplinaires d'actions de prévention globale des conduites à risques destinées aux publics sous main de justice, notamment chez les mineurs (axe 1-11). En ce qui concerne les populations des quartiers identifiés par la politique de la ville, le gouvernement souhaite modéliser des stratégies à même d'améliorer la coordination des décideurs et acteurs et de peser sur les causes profondes de la délinquance liée à l'usage et au trafic de drogues (axe 1-12).

Toutefois, l'OFDT ne dispose pas d'information sur les efforts déployés en 2009 en vertu de ces objectifs.

3.3.2. Familles à risque

L'action interministérielle de lutte contre les drogues ne vise pas directement les familles dites à risques du fait de consommations de drogues ou de dépendance. L'action publique auprès de ces familles relève de la responsabilité partagée entre les départements et la justice. Cette politique, largement décentralisée (départements) est conduite sous la coordination du directeur général de l'action social et mobilise les dispositifs d'aide de droit commun. Notons cependant que la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance⁵³ vise entre autres à améliorer la prévention des enfants en situation à risque de maltraitance ou de négligence, notamment liées à des problèmes d'usages ou dépendances aux drogues.

3.3.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)

Le milieu récréatif regroupe l'espace festif alternatif et l'espace festif commercial (bars et clubs). Depuis le décret dit Mariani et Vaillant⁵⁴, en 2002, l'approche institutionnelle de la prévention en milieu festif ou récréatif n'a pas connu d'évolution particulière récente, si ce n'est l'institution, en juillet 2009, de l'interdiction légale d'offrir et de vendre des boissons alcoolisées aux mineurs de moins de 18 ans dans les lieux publics (article 93) et l'interdiction légale de vendre au forfait et d'offrir à volonté de boissons alcooliques (open bars) (article 94)⁵⁵.

Cependant, depuis 2002, les acteurs spécialisés ont pu constater un éclatement de l'espace festif en événements plus modestes mais aussi plus nombreux et plus clandestins qui a compliqué la tâche des acteurs de réduction des risques. Ces derniers ont du mal à démultiplier leurs interventions sur les lieux mais aussi à être informés de ces événements

⁵³ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, NOR: SANX0600056L.

⁵⁴ Décret no 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical, NOR : INTD0200114D.

⁵⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L.

dont la publicité passe de plus en plus par les réseaux sociaux (Facebook, etc.). Notons enfin, que face à une augmentation des injections parmi les participants, la distribution de seringues fait désormais partie du paysage de ces événements.

3.4. Prévention indiquée

Les mesures de prévention indiquée sont largement imbriquées dans des dispositifs judiciaires adressés aux usagers de drogues.

Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants sont proposés aux personnes interpellées pour usage, âgées de treize ans au moins, dans le cadre des alternatives aux poursuites, de la composition pénale⁵⁶ ou à titre de peine complémentaire. Ce dispositif est plus détaillé dans le chapitre 9.3.

Les « consultations jeunes consommateurs » (CJC), aussi communément appelées « consultations cannabis », sont dédiées aux jeunes consommateurs et à leurs parents. En 2007, parmi les usagers accueillis (85 % du public), près de la moitié environ sont orientés par la justice (OBRADOVIC 2008). Ce dispositif des CJC est plus détaillé dans le chapitre 9.4.

3.5. Campagnes media nationales et locales

L'année 2009 a été particulièrement dense en matière d'actions médias menées au plan national.

Alors que la dernière action médiatique de grande envergure centrée sur les drogues illicites menée conjointement par la MILDT et l'INPES remontait à 2005 (« le cannabis est une réalité ») deux campagnes successives ont été déclinées en 2009⁵⁷.

Ces deux actions (ainsi qu'une troisième prévue fin 2010 autour de la « parentalité » et du rôle des adultes dans la prévention) se sont inscrites dans le cadre du plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

La première campagne centrée sur la dangerosité des drogues a été lancée le 5 octobre 2009 par le ministère de la Santé, la MILDT et l'INPES autour du slogan « *Drogues : ne fermons pas les yeux* ». Destinée à « *combattre les représentations positives associées aux drogues* » elle a été déclinée tout au long du mois d'octobre en télévision, en radio et sur Internet. Le dispositif Internet web s'adressait plus particulièrement aux jeunes et reposait sur deux outils : d'un côté trois films faisant la promotion d'un module de jeu en ligne *Guette l'info traque l'intoX*, de l'autre trois bannières vidéo. L'investissement média total de la campagne a été de 2 972 000 € TTC.

La deuxième campagne sur le cadre légal comportait deux axes, alcool et drogues illicites autour d'un objectif commun, « *mettre en avant le caractère protecteur de la loi face aux dangers sanitaires et sociétaux des conduites à risque* ». Cette campagne, dont la signature pour le volet produit illicites était « *la drogue si c'est illégal ce n'est pas par hasard* », s'est déroulée en télévision, presse magazine et sur le web de la fin du mois de novembre jusqu'au 31 décembre 2009.

En termes d'impact, le dispositif de la première campagne centrée sur la dangerosité obtient globalement de bons résultats en termes d'adhésion alors que la reconnaissance est moindre : ainsi 81 % des personnes interrogées en novembre déclarent avoir apprécié les spots TV et radio alors que 53 % reconnaissent le spot TV (le score de la campagne cannabis

⁵⁶ Procédure permettant au procureur de la République de proposer une ou plusieurs mesures à une personne reconnaissant avoir commis une contravention ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à 5 ans.

⁵⁷ Plus spécifique, une campagne d'information des voyageurs étrangers, sur les risques et les sanctions encourus pour infraction à la législation des stupéfiants (affichage et distribution de brochures) s'est également déroulée à partir du mois de juin 2009

de 2005 était lui de 83 %). Il apparaît également que le volet internet a eu nettement plus d'impact que les spots TV et radio chez les 15-24 ans ; ces derniers ont particulièrement apprécié l'ironie et l'humour du dispositif (INPES 2010).

La 2^{ème} campagne « cadre légal » n'a pas fait l'objet d'une évaluation. Les seuls éléments disponibles font état d'une augmentation sensible du nombre de visiteurs moyens du site www.drogues.gouv.fr qui relayait les différentes actions (5 500 par jour contre 2 200 habituellement). Enfin on peut signaler le téléchargement important (70 000 fois à fin janvier 2010) d'une application ludique et gratuite de l'iPhone baptisée ldrunk et destinée à sensibiliser les jeunes à l'alcool avec des messages personnalisés pour les mineurs ou les plus de 18 ans.

4. Usage problématique

4.1. Introduction

La France dispose d'estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues, usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines que leur consommation conduit à affronter des problèmes importants, tant sur le plan de la santé que sur le plan social, depuis le milieu des années 1990. La dernière estimation a été établie récemment par l'OFDT. Elle porte sur des données 2006 et fait suite à celles précédemment établies en 1995 et 1999. Ce travail propose également une estimation du nombre d'usagers réguliers d'héroïne et d'usagers de drogues par voie intraveineuse.

Cette estimation a été construite à partir de trois des méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française : méthode multivariée à partir d'indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues et d'estimations locales de prévalence établies par application de la technique capture/recapture ; méthode multiplicative à partir de données de traitement ; méthode multiplicative à partir de données de police.

Il y aurait entre 210 000 et 250 000 usagers problématiques de drogues en 2006 en France, soit une prévalence de 5,4 à 6,4 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans ce qui situe la France dans la moyenne de l'Union européenne. La moitié de ces usagers de drogues sont concernés par des traitements médicaux de substitution aux opiacés. En effet, on estime par ailleurs qu'environ 120 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007. En recherchant dans les différentes enquêtes la proportion de consommateurs d'héroïne et en l'appliquant au nombre d'usagers problématiques, on estime à près de 75 000 le nombre de consommateurs actifs (au cours du dernier mois) d'héroïne. La même approche concernant les usagers par voie intraveineuse donne un chiffre de 81 000 pour le nombre d'usagers de la voie intraveineuse au cours du mois passé et de 145 000 au cours de la vie.

Passant de 160 000 en 1993 à 230 000 en 2006, les chiffres bruts pourraient laisser penser à une progression importante du phénomène. Cette impression est trompeuse pour au moins deux raisons. La première est que les méthodes et surtout l'objet de l'estimation ont évolué. Ainsi, on est passé de la notion d'« héroïnomanes » (1993) à celle d'« usagers d'opiacés à problème » (1995), puis à la définition d'« usagers d'opiacés ou cocaïne à problème » (1999) et enfin à celle d'« usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines » (2006). L'objet de l'estimation s'est ainsi élargi au cours du temps. La seconde raison tient à l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations centrales. A l'image des intervalles de confiance obtenus dans l'application de la méthode capture/recapture - qui est au cœur de toutes les méthodes employées - on a pu constater, dans les estimations calculées pour 2005-2006, l'estimation nationale allait de 144 000 à 367 000. Pour ces raisons, il est difficile de se prononcer sur l'augmentation apparente des estimations. On peut simplement souligner qu'une augmentation du nombre d'usagers de drogues à problème peut avoir du sens. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part « un vieillissement de cette population », moins souvent soumise à une forte mortalité depuis la montée en charge des traitements de substitution à la fin des années 1990, et d'autre part un certain « renouvellement de cette population » du fait de la diffusion des stimulants, de l'apparition de nouveaux usagers d'opiacés et de l'évolution de la scène festive...

D'autre part, des études multicentriques sur des estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues (étude NEMO), sont menées périodiquement par l'OFDT. La dernière a été réalisée en 2005/2006 sur six villes françaises. Ces estimations relativement convergentes indiquent que l'usage problématique de drogues dans ces villes concerne entre 6 et 15 personnes pour 1 000 habitants âgés de 15-64 ans.

4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues

4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD)

Méthode capture-recapture – estimations locales

Des études « capture/recapture à trois échantillons » (étude NEMO), visant à estimer le nombre d'usagers problématiques de drogues, ont été réalisées en 2005-2006 dans six agglomérations françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse [15] (Vaissade et al. 2009).

Les sources de données sur les consommateurs problématiques de drogue ont été identifiées puis les données ont été recueillies à partir de ces sources au cours d'une période de six mois entre 2005 et 2006. Ces sources ont été notamment les structures de traitement de la toxicomanie, les médecins généralistes, les hôpitaux (services des maladies infectieuses, traumatologie, urgence), les structures d'accueil à bas seuil (CAARUD), les services sociaux et les sources des services répressifs tels que les brigades des stupéfiants, les services de justice, les unités de traitement dans les prisons, et l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS). La collecte des données en prison a été retardée de deux mois par rapport aux autres sources de données afin de permettre aux usagers problématiques de drogues entrant en prison au cours des deux derniers mois d'enquête d'avoir pu être « capturés » par d'autres sources de données. Pour chaque étude (chaque ville), les différentes sources de données ont été regroupées en trois échantillons selon un critère statistique (un odds ratio entre deux sources de données supérieur à un, suggérant une possible dépendance entre les deux sources, a conduit à une combinaison des deux sources de données) et selon un critère pragmatique lié à la connaissance du terrain (quand il était localement connu que deux sources de données étaient « liées »). Les sujets inclus dans l'étude étaient résidents depuis plus de trois mois dans l'une des six villes, avaient consommé au moins une drogue illicite au cours des 30 derniers jours (opiacés, cocaïne ou crack, autres stimulants et/ou hallucinogènes, cannabis exclu) et étaient âgés de 15-64 ans. Les résultats obtenus dans les six villes sont les suivants :

Tableau 4-1 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD) dans 6 villes françaises et taux de prévalence pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, 2005-2006.

	estimation UPD	intervalle de confiance*		population 15- 64 ans	Tx prévalence	intervalle de confiance	
Lille	7 900	6 300	10 200	728 173	10.8	8.6	14.0
Lyon	8 400	6 300	11 800	788 893	10.7	8.0	15.0
Marseille	5 600	4 200	7 700	543 206	10.2	7.7	14.2
Metz	2 300	1 700	3 200	212 632	10.8	8.0	15.0
Rennes	1 500	1 100	2 300	196 389	7.6	5.6	11.7
Toulouse	5 400	4 300	6 900	534 132	10.1	8.0	12.9

Estimations arrondies à la centaine ; population : INSEE, recensement 1999

* méthode de Cormack (Ref : Cormack, R.M., Interval Estimation for Mark-Recapture Studies of Closed Populations. Biometrics, 1992. 48: p. 567-576.)

Source : Nemo, OFDT

Estimations nationales - Méthodes du protocole OEDT

La définition opérationnelle retenue par l'OEDT pour « usager problématique de drogues » est la suivante : usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans.

Les trois méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française fournissent les estimations de prévalence de « l'usage problématique de drogues » suivantes :

Tableau 4-2 : Estimations nationales selon le protocole OEDT

méthode	estimation moyenne	IC-	IC+
multiplicative-traitements	272 000	209 000	367 000
multiplicative-interpellations	187 000	144 000	253 000
multivariée	264 000	189 000	338 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			
multiplicative-traitements	7,0	5,4	9,5
multiplicative-interpellations	4,8	3,7	6,5
multivariée	6,8	4,9	8,7

Source : OFDT

Les résultats obtenus selon les méthodes « multiplicative-traitements » et « multivariée » sont convergents. La troisième méthode fait apparaître des prévalences nettement inférieures. Si on prend en compte les trois intervalles de confiance, on peut constater que la fourchette des estimations est très large de 4 à 10 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans.

Mise en regard avec les données de cadrage sur les consommations de drogues illicites

La faiblesse du niveau de prévalence des usages d'opiacés, cocaïne ou amphétamines limite très fortement l'apport potentiel des enquêtes en population générale à l'estimation de ce phénomène. En effet, ces dernières nous donnent des estimations du nombre de personnes ayant consommé ces produits au moins une fois dans leur vie (expérimentateurs) ou au moins une fois au cours de l'année passée. On ne dispose pas d'estimations du nombre d'usagers réguliers (au moins dix fois au cours du dernier mois) de ces produits car ce comportement est trop marginal à l'échelle nationale pour être mesuré dans ce type d'enquête. Les estimations produites à partir des dernières enquêtes en population générale réalisées en 2005 (BECK et al. 2006b) sont les suivantes :

Tableau 4-3 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et nombre d'usagers dans l'année de cocaïne et d'héroïne, 2005

	Expérimentateurs	Usagers dans l'année
Cocaïne	1 100 000	250 000
Héroïne	360 000	

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, INSERM/OFD/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

On aurait pu s'attendre à des estimations du nombre d'usagers de drogues en population générale (c'est-à-dire pas uniquement « problématiques ») supérieures à celles fournies par les trois méthodes appliquées pour les usagers problématiques. La désinsertion sociale fréquemment constatée parmi les usagers problématiques de drogues explique en partie ce décalage car cette population particulière est peu couverte par les enquêtes en population générale.

Limites liées à chacune des méthodes

La première méthode « Méthode multiplicative à partir de données de traitement » repose sur les données de vente des deux médicaments utilisés pour les traitements de substitution qui permettent d'établir des estimations du nombre d'usagers de drogues concernés par ces traitements. Compte-tenu de la très grande accessibilité à ce type de traitement en France, ces données sont une excellente base pour l'application de cette méthode. Il est vrai que les traitements de substitution ne couvrent, en théorie, qu'une partie du groupe cible, les usagers d'opiacés. Mais on sait, en pratique, que l'intrication des usages des différents produits est

forte. Néanmoins, ces estimations peuvent être sensibles à certains biais, notamment l'existence d'un mésusage de ces traitements voire d'un détournement de ces médicaments vers le marché noir. Ces biais vont dans le sens d'une surestimation de l'estimation de la population en traitement car les médicaments détournés ne sont pas consommés par des « usagers en traitement ». Il n'en demeure pas moins que ces produits sont consommés par des usagers de drogues. Dès lors la méthode reste robuste si ce phénomène, relativement bien documenté, est homogène sur tous les départements français. Or ce n'est pas tout à fait le cas, car on sait que ces mésusages ou détournements sont concentrés sur quelques régions (CADET-TAIROU, A. et al. 2004) (région parisienne, Alsace, Languedoc) qui ne comptent pas de sites de l'étude NEMO. Il y a donc un risque de surestimation du numérateur de la formule applicable dans cette méthode et par conséquent de surestimation du résultat final.

La deuxième méthode, « Méthode multiplicative à partir de données de police » repose sur un indicateur « interpellations par la police pour usage d'héroïne ou de cocaïne » dont il faut souligner le caractère ambivalent : indicateur indirect de l'usage de drogues mais aussi indicateur d'intensité de l'activité policière en la matière. Sur ce dernier point, il n'est pas sûr que celle-ci soit homogène d'un département à l'autre. Un autre biais possible dans l'utilisation de cet indicateur est que l'objet qu'il mesure s'éloigne quelque peu de la définition du groupe cible (usage de drogues par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans) dans la mesure où l'infraction à la loi ne distingue pas l'intensité de l'usage. Un usager occasionnel peut être interpellé et les statistiques policières ne distinguent pas le type d'usage.

La troisième méthode, « Méthode multivariée à partir d'indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues », a l'avantage de croiser différentes sources de données à partir desquelles les estimations des données de prévalence connues pour six départements sont extrapolées aux 90 autres départements. Néanmoins, chacun des quatre indicateurs indirects retenus a ses propres limites. Celles relatives au nombre de personnes en traitement de substitution et au nombre d'interpellations ont déjà été exposées précédemment. Les « données de traitement » proviennent d'une source de type administratif (rapport d'activité transmis à la tutelle). La fiabilité des données déclaratives sur les files actives est discutable. De plus, les doubles comptes intra et inter centres ne peuvent pas être éliminés. Les ventes de Stéribox® constituent une donnée indiquant à la fois l'ampleur de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse, qui ne correspond qu'à une partie de la définition de l'usage problématique de drogues, mais aussi la diffusion des pratiques de réduction des risques qui peut être variable sur le territoire français.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces trois méthodes s'appuient toutes sur les estimations locales issues de l'étude NEMO : les deux premières méthodes estiment la proportion de la population cachée au regard de la source d'information utilisée (le facteur « c » de la formule), la dernière méthode utilise les estimations départementales comme points d'ancrage de l'extrapolation. Or, il se trouve que l'application de la méthode « capture/recapture » au domaine de la toxicomanie est difficile en soi et fait appel à des hypothèses théoriques non totalement vérifiées dans la pratique. Ainsi, cette technique repose sur l'hypothèse que chaque individu appartenant au groupe cible (objet de l'estimation) doit avoir la même probabilité d'être capturé par les différentes sources d'information (hypothèse d'homogénéité de la population) et sur l'hypothèse d'indépendance des sources à savoir que la probabilité pour un individu d'être identifié par une source n'affecte pas la probabilité d'être vu par toutes les autres sources. Dans la réalité, les usagers réguliers de drogues illicites ne sont pas homogènes : certains arrivent à « gérer » leur consommation et ont une très faible probabilité d'être « repéré » tant par le système sanitaire et social que par le système répressif, notamment dans le cas des usages de cocaïne. Il existe également des liens possibles entre la « capture » par plusieurs sources. Un usager interpellé peut être incriminé voire incarcéré ce qui l'amènerait à une impossibilité d'être repéré, au cours de cette même période par un CSAPA ou un CAARUD. Toutefois, l'utilisation de l'analyse log-linéaire avec trois sources de

données permet de s'affranchir de l'hypothèse d'indépendance des sources deux à deux et la présence d'une interaction entre les trois sources est, d'après les modèles log-linéaires utilisés, peu probable. Enfin, au-delà de ces limitations relatives au fondement des hypothèses sous-tendant la méthode, il faut à nouveau souligner l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations obtenues par NEMO, celle-ci étant due à des effectifs faibles de triplons.

Comparaison avec les anciennes estimations et les données européennes

Les premières estimations de prévalence de l'usage problématiques de drogues, documentées sur le plan méthodologique, datent, en France, du milieu des années 1990. En 1995, estimation portant sur l'année 1993, l'application d'une méthode démographique donne une estimation d'au moins 160 000 héroïnomanes (COSTES, J.-M. 1995). Quelques années plus tard, une première application du protocole européen en cours d'élaboration à la situation française donne une estimation de 146 000-172 000 usagers d'opiacés à problème en France en 1995 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 1999). C'est de cette même époque que date la première application en France (sur l'agglomération de Toulouse) de la méthode capture/recapture au champ de la toxicomanie (BELLO, P. Y. 1998). Une seconde application du protocole européen est réalisée au début des années 2000 ainsi que l'extension à plusieurs villes de la méthode capture/recapture (CHEVALLIER 2001). La nouvelle estimation portant sur l'année 1999 est proche de la précédente : 146 000-180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 2002).

Passant de 160 000 en 1993 à 230 000 en 2006, les chiffres bruts pourraient laisser penser à une progression importante du phénomène. Cette impression est trompeuse pour au moins deux raisons. La première est que les méthodes et surtout l'objet de l'estimation ont évolué. Ainsi, on est passé de la notion d'« héroïnomanes » (1993) à celle d'« usagers d'opiacés à problème » (1995), puis à la définition d'« usagers d'opiacés ou cocaïne à problème » (1999) et enfin à celle d'« usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines » (2006). L'objet de l'estimation s'est ainsi élargi au cours du temps.

La seconde raison tient à l'étendue des intervalles de confiance encadrant les estimations centrales. A l'image des intervalles de confiance obtenus dans l'application de la méthode capture/recapture - qui est au cœur de toutes les méthodes employées - on a pu constater, dans les estimations calculées pour 2005-2006, l'estimation nationale allait de 144 000 à 367 000. Pour ces raisons, il est difficile de se prononcer sur l'augmentation apparente des estimations.

On peut simplement souligner qu'une augmentation du nombre d'usagers de drogues à problème peut avoir du sens. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part « un vieillissement de cette population », moins souvent soumise à une forte mortalité depuis la montée en charge des traitements de substitution à la fin des années 1990, et d'autre part un certain « renouvellement de cette population » du fait de la diffusion des stimulants, de l'apparition de nouveaux usagers d'opiacés et de l'évolution de la scène festive...

Enfin, il convient de revenir sur la définition théorique établie par l'OEDT. Un usager problématique de drogues est compris comme un usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans. Or, peu ou prou, toutes les méthodes proposées présupposent que cet usager puisse entrer en contact avec une des sources d'information utilisées (interpellation, traitement, problème de santé, décès...). Celles-ci peuvent éventuellement extrapoler en estimant le nombre de ceux qui ne sont pas encore entrés en contact mais qui le feront dans le futur mais pas le nombre de ceux « qui n'entreront jamais en contact ». Il est donc fort probable que notre estimation ne couvre pas tous les « usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines » par impossibilité de repérer (par ces méthodes) les usages « réguliers » de ces produits concernant une population mieux insérée.

Estimation du nombre d'usagers réguliers d'héroïne

Il serait intéressant d'essayer d'appliquer le protocole européen pour obtenir une estimation du nombre d'usagers d'héroïne en France. On sait en effet que l'ampleur de ce comportement dans la population française ne peut pas être obtenue par les données recueillies dans les enquêtes en population générale, d'une part, car la prévalence du phénomène est en deçà de la limite de ce que ces enquêtes peuvent repérer et, d'autre part, en raison des caractéristiques de fréquente désinsertion des publics concernés.

Malheureusement, il n'est également pas possible de décliner les différentes méthodes du protocole européen exposé précédemment au champ restrictif des usagers d'héroïne. En effet, la déclinaison par produits, qui existe pour certaines sources d'information, n'est pas présente pour toutes les sources utilisées par ces méthodes. Aussi, si on souhaite estimer le nombre « d'usagers problématiques d'héroïne » au sens de la définition de l'OEDT que l'on peut assimiler aux « usagers réguliers d'héroïne », la seule solution est de rechercher dans les différentes enquêtes auprès d'usagers de drogues, la proportion de consommateurs d'héroïne et d'appliquer cette proportion à l'estimation du nombre « d'usagers problématiques de drogues ».

Ces différentes données sanitaires disponibles permettent d'établir une estimation moyenne : 32 % des usagers problématiques de drogues seraient des consommateurs (au cours du mois passé) d'héroïne.

On peut donc estimer qu'environ un tiers des usagers problématiques de drogues sont des usagers actifs d'héroïne. À ce tiers, on pourrait ajouter une part non négligeable des autres qui ont été d'anciens consommateurs d'héroïne, actuellement abstinents soit parce qu'ils s'inscrivent dans un traitement, notamment de substitution, ou qu'ils soient passés à d'autres produits et qui pourraient éventuellement, occasionnellement ou régulièrement, dans la suite de leur trajectoire, consommer à nouveau de l'héroïne. Cette estimation de 32 % peut donc être considérée comme un socle minimum.

Estimation du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse

Il serait également intéressant d'essayer d'appliquer le protocole européen pour obtenir une estimation du nombre d'usagers de drogues par la voie intraveineuse en France. Pour les mêmes raisons que celles exprimées précédemment, celle-ci ne peut être obtenue ni par les données des enquêtes en population générale, ni par une application directe du protocole européen.

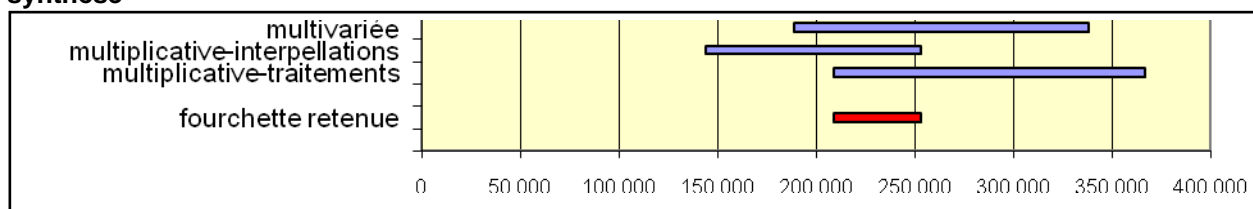
Là aussi, la seule solution est de rechercher dans les différentes enquêtes auprès d'usagers de drogues la proportion d'utilisateurs de la voie intraveineuse et d'appliquer cette proportion à l'estimation du nombre « d'usagers problématiques de drogues ».

Ces différentes données sanitaires disponibles donnent une estimation moyenne de : 63 % d'injection au moins une fois au cours de la vie et 35 % d'injection pratiquée au cours du mois passé.

Synthèses des résultats

L'objectif de ce travail était de produire une nouvelle estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France et le taux de prévalence correspondant. En toute rigueur, la tentation est grande de mettre en avant la diversité des résultats obtenus et de donner une fourchette d'estimations large. Ceci risque néanmoins d'affaiblir la visibilité et la compréhension d'une telle donnée. Il appartient à l'expert de proposer une estimation unique (ou une fourchette d'estimations étroite), celle qui lui semble s'approcher le plus probablement de la vérité.

Graphique 4-1 : Estimations étroites du nombre des usagers problématiques de drogues, synthèse



Compte tenu des limites inhérentes à chacune des méthodes appliquées discutées ci-dessus, aucune ne semble pouvoir être privilégiée. Aussi, on retiendra comme fourchette d'estimations les plus probables les valeurs communes aux intervalles de confiance des trois méthodes, soit entre 210 000 et 250 000 usagers problématiques de drogues en 2006 en France, dont la moitié sont concernés par des traitements médicaux de substitution aux opiacés. En effet, on estime qu'environ 120 000 personnes ont consommé des médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 2009).

Tableau 4-4 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2006

fourchette d'estimations retenue	210 000	-	250 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans	5,4	-	6,4
estimation centrale			230 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			5,9
dont			
- usagers voie intraveineuse (vie)			145 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			3,7
- usagers actifs d'héroïne (mois)			74 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			1,9
- usagers actifs voie intraveineuse (mois)			81 000
taux / 1000 hab. 15-64 ans			2,1

Source : OFDT, 2008

Vers une nouvelle estimation

L'OFDT a intégré, dans son programme de travail à moyen terme, la réalisation d'une estimation nationale. Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » va être lancée en fin d'année 2010 sur 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Une application du protocole de l'OEDT est prévue à la suite des résultats de cette étude. Une nouvelle estimation nationale (portant sur : l'ensemble des UPD, les injecteurs et les usagers d'opiacés) devrait donc être disponible en 2012.

4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues

Il n'y a aucun travail de disponible en France sur cette question de l'incidence de l'usage problématique de drogues. Cette question sera traitée dans le cadre du programme d'étude évoqué précédemment dans le domaine de la prévalence. Le programme d'études prévu par l'OFDT sur la période 2010-2012 visant à produire une nouvelle estimation nationale de prévalence de l'Usage problématique de drogues (UPD) s'attachera à explorer les possibilités d'appliquer les guidelines de l'OEDT sur l'estimation de l'incidence.

4.3. Données sur les UPD issues d'autres sources que celles des traitements

4.3.1. Données sur les UPD issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (IDT)

Les usagers des CAARUD

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif de soins, s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomaniaques que dans une logique de soins. Les CAARUD reçoivent ainsi des populations, dans l'ensemble plus polyusagères et plus précaires que celles rencontrées dans les dispositifs de soins. Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues non récréatifs. Echappent par définition à ce système d'information quantitatif les usagers de drogues qui ne fréquentent pas les CAARUD.

Il faut ainsi noter dans ces données une probable sous représentation des plus jeunes, jeunes errants en quête d'affiliation alternative ou non, ou *travellers* issus de l'espace festif, accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manière plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD (CADET-TAÏROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010).

Des usagers plutôt précarisés

Selon l'étude ENa-CAARUD 2008 (voir annexe VI-F), les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (34,1 ans). La moitié (48,8 %) d'entre eux a au moins 35 ans et les moins de 25 ans représentent 18,2 % de l'ensemble (Cadet-Taïrou et al. 2010, à paraître)

Il s'agit d'une population très majoritairement masculine (78,3 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes. Ainsi, si seuls 14,4 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 31,8 % à être dans ce cas. Elles représentent 38,0 % des moins de 25 ans.

Plus de la moitié des personnes rencontrées vivent seules (55,6 %) et 18,9 % en couple, les autres vivent avec des amis, des parents ou seuls avec leurs enfants. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes mais davantage en couple ou encore seules avec leurs enfants (1,2 % vs 9,9 %). Parmi elles, 68 % n'ont pas d'enfant et 20 % en ont un.

Les usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante (Cadet-Taïrou et al. 2010, à paraître) .

- Parmi eux, la moitié (49,3 %) connaît des conditions de logement instables : 60 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire⁵⁸.
- Près du quart dispose d'un salaire ou d'allocations de chômage (21,8 %). Plus de la moitié (51,7 %) perçoit un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion, 35,2 %) ou une allocation adulte handicapé (13,9 %). Enfin, un autre quart ne dispose d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution) tandis que 1,1 % seulement sont aidés par la famille ou des tiers. L'étude PRELUD 2006 (voir annexe VI-G) montrait en outre que la structure des ressources différait fortement selon le groupe d'âge considéré. On observait en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans n'avait aucun revenu légal (Cadet-Taïrou et al. 2008b).

⁵⁸ Disponible pour une durée inférieure à 6 mois

- Dans l'ensemble, seuls 4,6 % des usagers des structures de première ligne n'ont aucune couverture sociale⁵⁹, 2,9 % bénéficient de l'AME (Aide médicale d'Etat). La moitié (50,2 % des UD qui fréquentent les CAARUD) sont affiliés à l'Assurance maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle).
- Sur le plan des acquis scolaires, 23,4 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du bac (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (63,6 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège.
- La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant 11,0 % se trouvent sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié se trouve en France illégalement, l'autre moitié a égaré ou s'est fait voler ses documents d'identité.

En outre, les usagers qui fréquentent les CARRUD ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2008, 17,4 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année, proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées.

Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psycho-sociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces épisodes judiciaires.

... Et fortement consommateurs de produits psychotropes

Les produits les plus fréquemment consommés par les 3 129 usagers interrogés dans les structures de première ligne en 2008 demeurent le cannabis et l'alcool.

Un tiers des usagers rencontrés a pris de l'héroïne au cours du mois précédent, mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (buprénorphine haut dosage). En 2006, parmi les usagers qui en avaient pris au cours du mois précédent, seule la moitié disait l'avoir utilisée uniquement dans un but thérapeutique⁶⁰ (Cadet-Taïrou et al. 2008b). En 2008, parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts disent la recevoir en traitement de substitution. La BHD est également le produit consommé le plus régulièrement par ses usagers dont les trois quarts en prennent quotidiennement.

L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne presque un usager des CAARUD sur deux (45,7 %). Concernant l'usage du crack (cocaïne achetée sous sa forme basée), la donnée nationale masque un écart important entre Île de France et province puisque sa prévalence d'usage y est respectivement égale à 43,4 % et 4,9 %.

Les consommations de MDMA, d'amphétamine et d'hallucinogènes parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno (à l'exception de certains hallucinogènes naturels).

⁵⁹ Ni assurance maladie, ni aide médicale d'Etat

⁶⁰ La question posée portait sur l'objectif de l'usage. La personne avait le choix entre les options suivantes : 1/ Pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner (but dit « thérapeutique ») ; 2 / Pour se « défoncer », y compris pour gérer la descente d'un stimulant ou pour gérer le manque ; 3/ Les deux.

Tableau 4-5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008

	Usagers récents (mois précédent)	Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents
Cannabis	71,6 %	53,5 %
Alcool	62,7 %	48,7 %
BHD	40,3 %	74,2 %
Héroïne	29,3 %	20,0 %
Méthadone	26,3 %	68,7 %
Sulfates de morphine	14,8 %	38,6 %
Cocaïne poudre / free base	36,3 %	9,5 %
Crack	16,6 %	25,1 %
Amphétamine	14,1 %	3,4 %
Ecstasy	10,6 %	0,6 %
Benzodiazépines	27,9 %	56,9 %
Plantes et champignons hallucinogènes,	8,6 %	3,9 %
LSD	10,8 %	3,3 %
Kétamine	7,4 %	4,7 %

Sources :ENa-CAARUD, 2008, OFDT/ DGS

Interrogés en 2008 sur le produit qui leur pose le plus de problèmes, les usagers citent en premier lieu un opiacé (43,5 %), au premier rang desquels la BHD (21,6 %), l'héroïne n'étant citée que par 12,6 % d'entre eux.

L'alcool est cité par près d'un usager sur cinq (18,7 %).

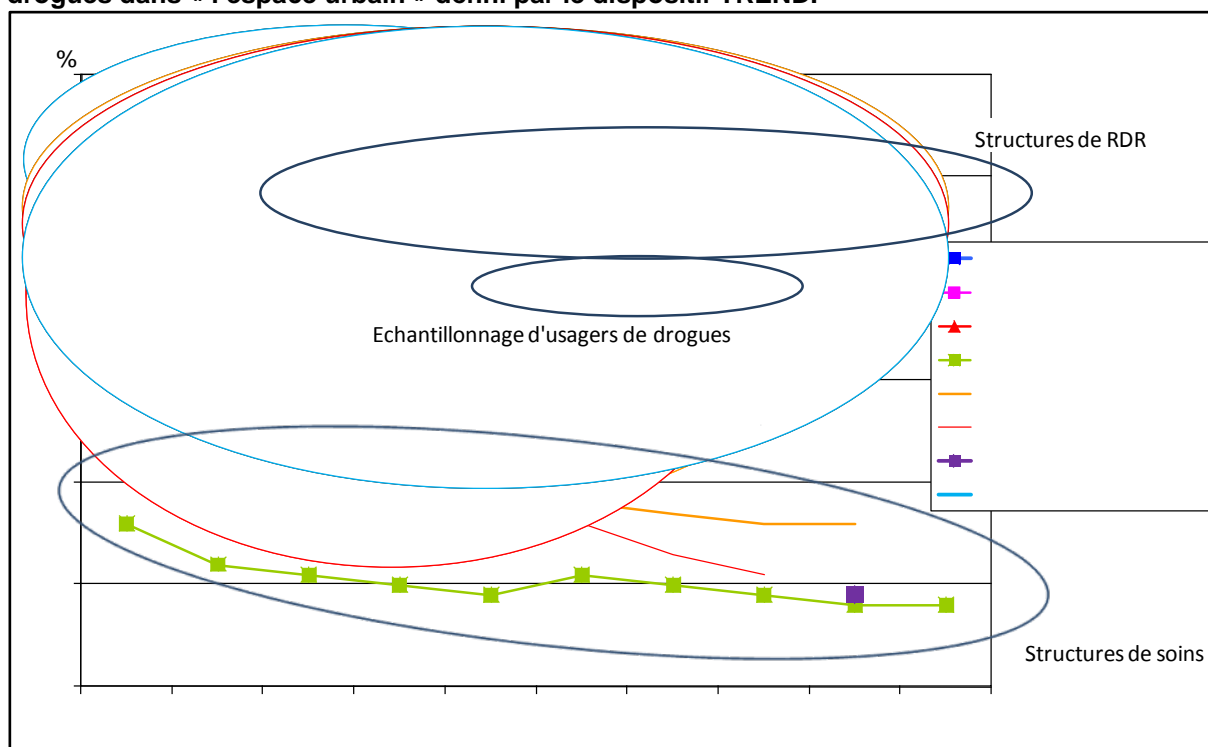
Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 16,1 % des usagers interrogés, la cocaïne (7,7 %) et le crack (7,7 %) sont essentiellement concernés.

En 2008, parmi les usagers des structures de première ligne en milieu urbain (CAARUD), 64,4 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie. L'âge moyen à la première injection se situe à 20,7 ans (médiane 20 ans) (Cadet-Tairou et al. 2010, à paraître). Parmi les usagers des CAARUD, la part des personnes *qui n'ont jamais eu* recours à l'injection tend à s'accroître (de 27 % à 32 % dans l'enquête Première ligne-PRELUDE entre 2003 et 2006 et de 31 % à 36 % d'ENa-CAARUD 2006 à ENa-CAARUD 2008). Cette observation est parfaitement cohérente avec la part de plus en plus importante que prennent le sniff et dans une moindre mesure la voie fumée parmi les nouveaux usagers de drogues, notamment les moins précaires.

Concernant l'injection récente, la concordance des données quantitatives disponibles plaide pour une diminution de la prévalence de cette pratique, même si la situation est apparue moins claire autour de 2006 et si des données qualitatives tendent à dessiner une situation plus complexe.

En effet, un accroissement du recours à l'injection est signalé (données qualitatives) vers la moitié des années 2000, mais ce phénomène apparaît concentré, non seulement dans certains sites, mais également chez certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » (voir description des populations, espace urbain).

Graphique 4-2 : Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND.



- 1 Injection au cours du mois, usagers des CAARUD (ou structures de première ligne)
 - 2 Injection au cours du mois, population composite d'injecteurs ou sniffers au moins une fois dans la vie et usagers de CAARUD, de CSAPA, de médecins généraliste de réseaux, rue
 - 3 Injection au cours du mois, Tous patients, centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)
 - 3bis Injection au cours du mois, Nouveaux patients en centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)
 - 4 Injection au cours de la semaine, Centres de soins spécialisés principalement (CSAPA, anciens CSST)
 - 5 Injection au cours de la semaine, médecins généralistes de réseaux
 - 6 Injection au cours du mois population d'usagers problématique de drogues recrutés par méthode C-rC (CAARUD, CSAPA, médecins généralistes de réseaux, services hospitaliser, police, justice),
- Source ; Première ligne / PRELUD TREND / OFDT, OPPIDUM et OPEMA CEIPs / AFSSAPS, Coquelicot InVS

Les pratiques d'injection apparaissent fréquentes pour consommer les opiacés à l'exception de la méthadone, la cocaïne que plus d'un usager des CAARUD sur deux injecte, mais aussi la kétamine et l'amphétamine.

Tableau 4-6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008

	N	injection	Voie orale	sniff	inhalation fumette
Sulfate de morphine	463	87,3%	9,6%	8,0%	0,5%
Héroïne	921	63,6%	0,5%	42,0%	24,2%
Buprénorphine, Subutex	1264	56,4%	44,1%	18,4%	4,3%
Cocaïne ou Free base	1138	53,3%	1,3%	42,1%	23,3%
Kétamine	231	39,4%	6,9%	66,1%	2,3%
Amphétamine (speed)	441	38,8%	28,1%	52,4%	3,3%
MDMA, ecstasy	333	13,9%	81,0%	22,0%	3,1%
Crack	521	8,3%	0,5%	1,8%	95,5%
Benzodiazépines	874	7,3%	93,5%	2,1%	1,3%
Méthadone	740	2,5%	97,4%	0,6%	0,8%
Plantes hallucinogènes	269	2,0%	91,0%	1,6%	9,4%
LSD, acides	328	0,3%	98,0%	1,4%	1,0%
Cannabis	2247	0,2%	1,9%	0,3%	98,5%

Notes : 1/ Plusieurs modes d'usage peuvent être utilisés par un consommateur pour un même produit. De ce fait, le total des pourcentages par produit dépasse 100 %.

2/ Les produits sont classés selon la fréquence d'utilisation de l'injection

Données TREND : évolution marquantes 2008-2009 concernant les usages et les modes d'usage (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010)

Des informations sur les tendances marquantes plus particulièrement liées au marché peuvent être trouvées dans le chapitre 10 (notamment l'aspect trafic sur Internet et molécules émergentes).

Diversification croissante des populations usagères

La diffusion d'un certain nombre substances hors des groupes initialement consommateurs se comprend à la fois au plan sociologique mais également géographique. Ainsi, la cocaïne, déjà présente dans des milieux sociaux très hétérogènes, poursuit sa diffusion, notamment vers des jeunes issus des quartiers populaires et des banlieues périphériques, qui jusqu'alors consommaient principalement du cannabis. L'héroïne, dans des proportions toutefois non comparables, en vient à toucher des groupes de plus en plus variés notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement. D'autres produits (GHB/GBL, poppers, voire kétamine) tendent, quant à eux, à sortir des cercles restreints où ils étaient confinés. Dans un contexte de stabilisation des prix plusieurs éléments sous-tendent ce phénomène : la « généralisation » du polyusage qui tend à banaliser l'expérimentation de nouveaux produits; la présence, notamment en milieu festif techno, de jeunes « expérimentateurs » en recherche permanente de nouvelles expériences et, enfin, l'accessibilité grandissante des substances par le biais de la progression du micro-traffic et du commerce sur Internet qui permet un accès aux produits sur une large étendue du territoire national.

On assiste en effet, à l'extension marquée des usages vers des zones périurbaines et même rurales. Celle-ci résulte en premier lieu de la diffusion géographique des usages en lien avec les éléments cités ci-dessus, mais aussi de la mobilité des UD (usagers de drogues). En marge des déplacements de squats (expulsions notamment) qui renvoient les plus précaires vers la proche banlieue, on observe des personnes, vivant fréquemment de minimas sociaux, déjà usagères de drogues qui tendent à s'établir en zones rurales, « chassées » des villes par le niveau des loyers et la pénurie de logements.

Par ailleurs, les jeunes en errance usagers de drogues parfois mineurs, qui se retrouvent sans soutien après avoir quitté, de manière volontaire ou contrainte, le domicile familial ou encore sont sortis d'une institution sociale à leur majorité, sont décrits comme de plus en plus nombreux et de plus en plus visibles dans les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques). Adoptant pour certains des codes empruntés au courant techno, ils se caractérisent entre autres par une proportion importante de jeunes femmes au sein des groupes et par des comportements à risques (prostitution, injection avec partage important du matériel...)

Un regain de l'usage d'héroïne

La hausse de la disponibilité de l'héroïne depuis 2006 a trouvé parmi les nouveaux usagers de drogues un terrain favorable. De moins en moins associée à l'image de la déchéance et de la mort qui prévalait dans les années 1980, l'héroïne bénéficie auprès de nouveaux consommateurs d'une image de moins en moins répulsive. En cause, la chute des trois tabous (sida, surdoses et dépendance) associés à tort à la seule pratique de l'injection par des consommateurs dont l'entrée dans l'usage se fait maintenant par le sniff. La disponibilité des TSO leur apparaît en outre comme un filet de sécurité. Ainsi, l'héroïne redevient un produit consommé en première intention par de jeunes consommateurs, dans un usage qu'ils pensent pouvoir maîtriser avec ou sans les substituts. Dans d'autres cas, elle peut également apparaître comme le substitut permettant d'arrêter un usage de BHD ou de méthadone perçu comme plus contraignant. Le résultat le plus marquant de ce « renouveau » de l'héroïne se situe dans l'accroissement du nombre de surdoses (voir chapitre 6)

Extension de l'expérimentation de la cocaïne basée

La diffusion de la pratique du basage de la cocaïne (free base) est toujours à l'œuvre vers des groupes d'usagers éloignés du milieu techno alternatif *underground* où il était cantonné au

début des années 2000 : des usagers du milieu festif alternatif parfois très jeunes (18-20 ans) mais également des jeunes (20-25 ans) de milieu aisé, socialement très insérés ou en provenance de banlieue défavorisées. Les usagers de crack (cocaïne achetée déjà basée) restent cantonnés au nord-est de Paris où ils seraient entre 6 000 et 8 000.

Accroissement de la disponibilité et de l'usage de Kétamine

Ce produit fortement controversé (y compris parmi les usagers de produits illicites) et de manipulation délicate (hallucinations, troubles psychiatriques, comas...) se diffuse notamment au sein d'une frange des usagers les plus précaires du milieu festif alternatif, les jeunes en errance. Alors que par le passé la rencontre avec le produit découlait de l'opportunité, elle est actuellement désirée et recherchée activement par ces nouveaux usagers. La kétamine tend à devenir pour certains usagers un produit de « première expérimentation » alors que la substance survenait beaucoup plus tard dans la « carrière psychotrope » de la génération précédente ; son usage devient également de plus en plus régulier. À l'extrême, les observateurs de Toulouse commencent à signaler des usagers quotidiens.

On observe actuellement trois types d'usagers de kétamine :

- Les utilisateurs modérés : en général parmi les consommateurs les plus âgés, ils consomment la kétamine à faible dose, souvent en association avec des stimulants pour ses effets euphorisants, planants et « cotonneux » (sentiment de marcher dans du coton) et la sensation d'ébriété particulière, à l'origine des mouvements saccadés de l'« egyptian dancing ».
- Les utilisateurs extrêmes : à plus forte dose (par rapport à la « tolérance » d'un usager donné), les effets recherchés (ou trouvés sans être recherchés !) sont les hallucinations proches de celles du LSD mais aussi des effets plus radicaux de dissociation⁶¹ et notamment de décorporation (être en dehors de son propre corps) ou « d'extinction des feux » selon l'expression employée par un intervenant de réduction de risques (être couché et ne plus pouvoir bouger sans perte de conscience). Ces usages sont le fait d'une part d'un groupe très minoritaire, de personnes âgées souvent de plus de 35 ans et expérimentées, à la recherche d'expériences mystiques (« voyage astral ») ; d'autre part des jeunes appartenant plutôt aux tendances les plus radicales du milieu festif et surtout des jeunes en errance qui fréquentent le milieu festif en quête d'affiliation alternative ou de produits et que l'on retrouve également en milieu urbain. Il semble que ce soit parmi eux que l'on retrouve les pratiques les plus radicales en particulier l'injection aux effets difficilement contrôlables.
- Les usagers du clubbing homosexuel : en contexte festif, l'utilisation est comparable à celle des autres utilisateurs. En contexte sexuel, elle induirait des sensations tactiles exacerbées, mais elle serait plutôt utilisée comme anesthésiant local dans le cadre de pratiques hard.

Des injections par voie intramusculaire

Il s'agit d'un phénomène très marginal mais accédant à la visibilité sur plusieurs sites du dispositif. Cette pratique concerne la Kétamine dont l'injection, pratique à haut risque, est signalée en hausse à Rennes, Marseille, Bordeaux et Paris et le Diazépam (Valium®) à Rennes. Si ce type d'injection reste à ce jour anecdotique en France, l'évolution de sa fréquence d'usage doit être surveillée du fait des risques infectieux particuliers liés à ce mode d'usage (tétanos, botulisme entre autres).

La pratique du basage de la cocaïne, pour la consommer fumée, continue à progresser dans diverses populations plutôt jeunes (18-25 ans) : usagers fréquentant l'espace techno, usagers plutôt aisés consommant en fêtes privées ou jeunes consommateurs issus de milieux plus

⁶¹ La dissociation constitue l'un des volets d'un syndrome psychotique et consiste en une rupture de l'unité psychique.

défavorisés et en provenance de banlieue. L'usage de crack, cocaïne achetée directement basée, par des populations très précarisées, vivant souvent en squat, reste un phénomène spécifiquement présent à Paris (et dans sa petite couronne) où le produit occupe une place particulièrement importante.

4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres

4.4.1. Description des formes d'usage non couvert par la définition de l'usage problématique de drogues de l'OEDT (parmi les groupes vulnérables)

Rencontre du GHB et GBL par des jeunes fréquentant l'espace festif commercial

La diffusion des usages de GHB/ GBL et des comas qui l'accompagne à partir du milieu festif gay vers des groupes de jeunes « teuffers » (17-25 ans) de l'espace festif commercial, peu expérimentés, s'est traduite, au cours de l'année 2009, par la survenue de groupements de comas comme cela avait été le cas dans la communauté festive gay parisienne à partir de 2006. La consommation du produit, souvent en association avec l'alcool ou des stimulants, vise la recherche d'une ivresse à moindre prix ou s'inscrit dans la simple recherche d'une nouvelle expérience. Cette diffusion a concerné particulièrement les villes où existent des établissements festifs *gays friendly* c'est-à-dire ouverts à tous mais fréquentés par une population importante de personnes appartenant à la communauté gay qui y joue un rôle de leader en termes de tendances.

Installation localisée d'un détournement de méthylphénidate

Le détournement de la Ritaline® (méthylphénidate) émerge, depuis 2004 à Marseille et 2005 à Paris, dans deux populations très distinctes. A Marseille, où elle aurait déjà été expérimentée par une majorité de personnes fréquentant les CAARUD, il s'agit d'une population d'usagers très précarisés recherchant dans le produit un effet d'aide à l'action et à la communication. Dans une logique économique, la Ritaline® serait également utilisée par les usagers en substitution de la cocaïne lorsque l'argent manquerait. Dans cette population, le produit serait en majorité injecté. A Paris, il s'agirait de groupes restreints de jeunes consommateurs (20-25 ans) aisés et socialement bien insérés qui l'utiliseraient pratiquement toujours par voie orale, en association avec de l'alcool voire avec de la cocaïne comme stimulant « festif ».

Les benzodiazépines et l'alcool toujours largement consommés

L'alcool est fréquemment rapporté par les intervenants du champ des drogues comme étant une des consommations les plus problématiques. En 2006, 34 % des usagers des CAARUD déclaraient prendre plus de 10 verres d'alcool par occasion de boire.

Consommée par près d'un usager des CAARUD sur trois, soit dans un but thérapeutique soit dans un objectif de « défonce », ces substances ont dans le champ des drogues un statut particulier. Elles constituent ce que l'on pourrait nommer un « non-sujet ». Pour les poly-usagers de drogues qui fréquentent les structures de RDR, leur usage est plus que banalisé, il est considéré comme normal et la prescription de BZD accompagne fréquemment celle de buprénorphine.

4.4.2. Estimations de prévalence de l'usage problématique de drogues intensif, fréquent, à long terme et autres non couverts par la définition de l'usage problématique de drogues (UPD)

A la fin de l'année 2008, l'OFDT a mis en place une enquête complémentaire auprès d'adolescents de 17 ans qui avait pour but de valider un test de repérage de l'usage problématique de cannabis, le CAST, en comparaison avec d'autres tests existants (la SDS et le MINI). Les résultats de cette enquête n'ont pas encore été analysés. Nous serons très prochainement en capacité de définir les seuils validés du CAST et ainsi estimer une prévalence d'usage problématique de cannabis en population générale.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

5.1. Introduction

Définitions

Un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen, le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP, voir annexe VI-Q), a été mis en place en France en 2005 dans les centres spécialisés accueillant les usagers de drogues. Jusqu'en 2009, ces centres étaient dénommés centres spécialisés de soins pour les toxicomanes (CSST). A partir de 2010, ces centres sont appelés centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Un patient est un consommateur de drogues ayant été vu au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face. Un patient entrant est un consommateur de drogues accueilli pour la première fois dans le centre auquel il s'adresse ou qui revient après une interruption des contacts pendant au moins six mois. Un patient jamais pris en charge est un consommateur de drogues n'ayant jamais été suivi pour ses problèmes d'addiction par un professionnel du traitement.

Outils de collecte des données

RECAP permet de disposer de données individuelles, collectées de manière continue et théoriquement exhaustive, sur l'ensemble des patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA. RECAP succède à l'enquête menée régulièrement entre la fin des années 1980 et la fin des années 1990 auprès des usagers de drogues accueillis dans différents types d'établissement au cours du mois de novembre. L'évolution de cette enquête vers RECAP a été motivée par la nécessaire adoption du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays de l'Union européenne se sont engagés à respecter.

L'objectif de RECAP est de pouvoir suivre au niveau régional et national le nombre, les caractéristiques et les modalités d'usage des consommateurs de drogues, licites ou illicites, accueillis par les CSAPA.

RECAP s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (fiches d'accueil, gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions.

La quasi-totalité des structures gère aujourd'hui ses dossiers patients avec un logiciel spécialisé. Une fonctionnalité intégrée dans le logiciel permet d'extraire les données RECAP des patients vus dans l'année dans un fichier anonyme suivant un format prédéfini. Les données, envoyées à l'OFDT par mail, sont ensuite contrôlées et fusionnées pour en permettre l'exploitation.

Contexte

La politique de soins aux usagers de drogues illicites a connu en France plusieurs grandes périodes. Avant les années 1970 la prise en charge des usagers de drogues illicites était effectuée dans les hôpitaux psychiatriques. L'adoption de la loi 1970 qui prévoyait la possibilité pour tout consommateur de drogues de pouvoir obtenir un traitement anonyme et gratuit visant l'abstinence a favorisé le développement de centres spécialisés ambulatoires ou avec hébergement, ces derniers accueillant les usagers de drogues après sevrage. D'un côté les institutions psychiatriques ne souhaitaient pas spécifiquement accueillir des usagers de drogues toujours plus nombreux alors que de l'autre des équipes issues du monde associatif se montraient très disponibles pour s'investir dans la prise en charge de ces patients. Les deux cadres de prise en charge ont néanmoins coexisté, le second prenant toujours plus d'importance relativement au premier. Le deuxième grand tournant de la politique de soins a été provoqué par le développement de l'épidémie de sida. Les pouvoirs publics se sont

orientés avec retard, relativement à d'autres pays, vers la substitution et la réduction des risques au début des années 1990.

Le choix fait en France d'une diffusion rapide et massive des traitements de substitution à la buprénorphine haut dosage a amené les médecins généralistes à jouer un rôle accru dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés. Parallèlement, le développement rapide de l'épidémie de Sida et l'adoption de la politique de réduction des risques qui en est la conséquence directe a soulevé la question de l'accès des usagers de drogues à l'hôpital non plus psychiatrique mais généraliste pour le traitement de leur problèmes somatiques aussi bien que de leur problèmes d'addiction. A l'instar de ce qui se faisait en alcoologie, des équipes de liaison pour usager de drogues ont vu le jour à la fois pour favoriser la prise en charge dans les services somatiques mais aussi pour éviter que des usagers accueillis pour un problème somatique ne quittent l'hôpital sans qu'un diagnostic et une prise en charge addictologique ne leur ait été proposés. Cette logique de l'intégration de l'addictologie à l'hôpital sera menée à son terme avec l'adoption en 2007 d'un plan par le ministère de la Santé qui sera détaillé dans la prochaine section.

Comme dans la plupart des pays développés, la politique de soins en matière d'usage de drogues repose en France à la fois sur les secteurs spécialisés de traitement et de réduction des risques, sur les médecins généralistes de ville et sur les hôpitaux. Au-delà des effets d'affichage et de choix de communication, les politiques s'appuient en pratique sur une combinaison relativement stable des différents secteurs et outils disponibles.

5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité

5.2.1. Stratégie et politique

Pour la période en cours, la politique des pouvoirs publics dans le domaine du soin a été définie dans deux plans adoptés en 2006 et 2008. Le premier, le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, qui ne concerne que le soin et la prévention, a été élaboré par le ministère de la Santé à la demande du président de la République. Le second, le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011, mentionné dans le précédent rapport, a été élaboré par le président de la MILDT, Etienne Appaire (voir chapitre 1). Ce deuxième plan qui porte aussi bien sur le soin que sur la prévention et la répression intègre les objectifs du plan précédent tout en fixant certains nouveaux objectifs spécifiques.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES 2006) réaffirme la nécessité de conduire une politique visant l'ensemble des conduites addictives, qu'il s'agisse de consommation de substances illicites, d'alcool ou de tabac ou d'addiction sans substances comme le jeu. Ce plan porte en fait principalement sur le renforcement des moyens de prises en charge des addictions dans le système hospitalier. Il prévoit la création de consultation d'addictologie ou d'équipe de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence. Ces consultations ou ces équipes de liaison doivent permettre de regrouper en un seul lieu et dans un même service toutes les consultations existantes en tabaccologie, alcoologie ou en toxicomanie. Pour les patients nécessitant une prise en charge plus spécifique ou une hospitalisation, des services d'addictologie proposant des sevrages simples ou complexes doivent être créés d'ici 2011. Il est également prévu que chaque centre hospitalier universitaire (soit 26 établissements) comporte un pôle d'addictologie qui a vocation à être à la fois un service d'addictologie de recours et un centre régional de référence, de formation et de recherche.

Ce plan reprend en outre certains objectifs déjà en discussion comme le rapprochement du dispositif spécialisé en toxicomanie et en alcoologie dans le cadre des CSAPA, l'extension des capacités en hébergement thérapeutique pour les usagers de drogues illicites par la création de plusieurs communautés thérapeutiques ainsi que l'implication de la médecine de ville par le renforcement des réseaux de santé en addictologie. Le plan 2007-2011 indique également

qu'il est nécessaire d'établir des référentiels précis pour la stratégie de prise en charge des patients, avant pendant et après la cure.

Tous ces objectifs sont repris dans le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2008-2011 (MILDT 2008) qui insiste néanmoins plus spécifiquement sur certains d'entre eux et en propose de nouveaux. Les objectifs proposés par la MILDT sont détaillés ci-dessous :

- amélioration des compétences des professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge à l'aide de différents programmes de formation ;
- amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes consommateurs de substances psychoactives grâce à l'augmentation du nombre de consultations jeunes consommateurs et à leur présence sous forme de consultations avancées dans les lieux généralistes d'accueil des jeunes ;
- création de nouvelles communautés thérapeutiques, structures dans lesquelles l'objectif d'abstinence doit être clairement énoncé ;
- développement de nouvelles modalités de prises en charge des usagers de cocaïne ;
- amélioration de la prise en charge et de la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés ;
- préservation de la santé de l'enfant à naître et de la mère et prise en compte des spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool ;
- réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues ;
- réduction de la morbidité et de la mortalité liée à l'hépatite C chez les usagers de drogues ;
- amélioration de l'insertion et de la réinsertion des personnes présentant une addiction.

5.2.2. Systèmes de soins et de prise en charge

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictologies (au sein d'établissements medico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes).

5.2.2.1. Organisation et assurance qualité

Le dispositif spécialisé

Ces centres ont été créés suite à l'adoption de la loi de 1970 qui comprenait un certain nombre de mesures garantissant le traitement gratuit et anonyme pour tous les usagers de drogues illicites qui souhaitaient recevoir un traitement. La quasi-totalité des « départements » français est aujourd'hui dotée d'au moins un CSST.

A l'origine financés par l'État, puis depuis le 1er janvier 2003 par les organismes d'assurance sociale en tant qu'établissements médico-sociaux, ces centres ont pour rôle de fournir conjointement des services médicaux, sociaux et éducatifs, avec entre autres une aide à la réhabilitation et à l'intégration sociale.

On différencie trois types de CSST :

- les centres de soins ambulatoires (au nombre de 216 en 2007) ;
- les centres de soins avec hébergement collectif comprenant les communautés thérapeutiques (au nombre de 40 en 2007) ; ces centres sont plus exactement des centres de réhabilitation (postcure) pour les patients après désintoxication ou pour les patients suivant un traitement de substitution. La désintoxication résidentielle est effectuée dans les hôpitaux généraux ;

- les centres de soins dans les établissements pénitentiaires (au nombre de 16 en 2007) ; ces centres pourraient être comparés à des centres ambulatoires, situés à l'intérieur des prisons, qui ne traitent que les patients qui sont en prison. Les quartiers « sans drogues » n'existent pas dans les prisons françaises.

Les CSST ambulatoires peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire. Ils peuvent également organiser et soutenir les patients qui souhaitent faire un sevrage en milieu hospitalier. Concernant les traitements de substitution, depuis 1993/1994 et jusqu'à encore très récemment (2002), les médecins travaillant dans un CSST étaient les seuls médecins habilités à initier des traitements à la méthadone, le renouvellement des ordonnances étant effectué par la suite par les médecins de ville. Les patients peuvent également se voir prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD) par l'intermédiaire d'un CSST. De plus, les patients peuvent demander un soutien et des conseils via un dispositif (soutien de type psychothérapeutique) ainsi qu'une aide d'intégration sociale.

En France, le concept « d'unités sans drogues » n'est pas vraiment utilisé et il est difficile de le comparer à un type donné de dispositif existant. Toutefois, un nombre très restreint de « communautés thérapeutiques » sensées proposer des traitements d'abstinence a été créé dernièrement. Une étude d'évaluation de ces nouveaux centres est en cours de réalisation. Les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles.

Au cours de l'année 2009, tous les CSST devront obtenir un nouvel agrément administratif de CSAPA pour une durée de trois ans.

Une circulaire⁶² en date du 28 février 2008 précise les missions des CSAPA. Ces missions restent à peu près identiques à celles qui étaient assurées par les CSST. Les CSAPA doivent assurer l'accueil, l'information, l'évaluation médicale psychologique et sociale et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème d'addiction à n'importe quelle substance ou sans substances. Le CSAPA assure aussi une mission de prise en charge médicale, psychologique et socio éducative, et à la réduction des risques en ayant la possibilité de se spécialiser soit sur les drogues illicites soit sur l'alcool.

Traitement par le système de soins généraliste

Le dispositif spécialisé de traitement ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes de traitement exprimées par les usagers de drogues illicites. Depuis les années 1990, l'attention a été portée sur l'amélioration de l'accueil des patients souffrant de problèmes d'addiction par le système de soins classique (hôpital et médecins généralistes).

A- Hôpitaux

Ainsi qu'il a été mentionné dans la partie relative à la politique de soins, le plan de prévention et de prise en charge des addictions a prévu la mise en place d'une nouvelle organisation des soins en addictologie au sein de l'hôpital. Les circulaires administratives du 16 mai 2007 et du 26 septembre 2008⁶³ donnent des indications précises sur l'organisation à mettre en place dans le système hospitalier. Les soins en addictologie à l'hôpital sont organisés en filière addictologique, regroupant différentes composantes et dont l'objectif est de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts. Les structures de niveau 1 ont pour mission la réalisation des sevrages résidentiels simples, les activités de liaison et de consultation.

⁶² Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR: SJSP0830130C.

⁶³ Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. NOR : SJSH0830983C.

Constituées par la circulaire du 3 avril 1996, les équipes de liaison et de consultation en addictologie, qui étaient habituellement composées de trois personnes dont un praticien hospitalier, doivent assurer la formation et assister les équipes de personnel soignant dans les hôpitaux en établissant des protocoles thérapeutiques et en travaillant avec les patients hospitalisés et les patients en urgence. Elles effectuent des activités de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement de soins. Les patients peuvent également être vus lors de consultations en addictologie ambulatoires.

Les structures de niveau 2 offrent les mêmes services que les structures de niveau 1, avec en plus la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Les structures de niveau 3 assurent en plus des missions des structures de niveau 2 des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale.

La circulaire du 26 septembre 2008 indique également que les filières hospitalières de soins en addictologie doivent s'articuler avec les dispositifs spécialisés CSAPA et CAARUD, les médecins de ville et les réseaux de santé.

B - Les médecins généralistes

Aujourd'hui, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en France dans la prescription de 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 depuis 1995 la méthadone en relais après l'initiation par un centre de soins d'un traitement à la méthadone.

De plus, les médecins généralistes sont les premiers à intervenir lorsque des patients commencent juste à consommer des drogues illicites. Sachant cela, les autorités publiques prévoient d'introduire une formation spéciale destinée aux médecins généralistes afin de leur permettre de repérer ces usagers et de les familiariser avec les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à la situation.

5.2.2.2. Disponibilité et diversification des traitements

Traitements médicaux (substitution, sevrage).

Sevrage en ambulatoire

En 2007, une moyenne d'environ 19 patients par centre a suivi un traitement de sevrage en ambulatoire via un CSST ambulatoire (Tableau 5.1) et, toujours en moyenne, presque 14 patients par centre ont entrepris un sevrage en hôpital avec le soutien d'un centre. Les données figurant dans le tableau 5.1 révèlent une augmentation importante du nombre de traitements de sevrage entrepris entre 2003 et 2004. Toutefois, ce changement est certainement lié aux modifications de l'intitulé des questions suite à l'adoption d'un nouveau rapport en 2004. Cela étant, la tendance est clairement à la hausse, et ce, depuis les années 1990. Ce changement doit être mis en perspective, étant donné que le nombre total de personnes accueillies par les centres spécialisés a également augmenté en flèche depuis la fin des années 1990.

Par ailleurs, ces nombres moyens de patients ayant suivi un sevrage comprennent également des personnes sevrées à l'alcool. Les personnes accueillies dans ces centres pour des problèmes d'alcool ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des personnes vues dans ces centres mais il ne peut être exclu que l'alcool soit en cause dans une part plus importante de ces sevrages.

Tableau 5-1 : Nombre moyen de patients suivant un traitement de sevrage par CSST ambulatoire 1998-2007.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre moyen de patients par CSST ayant suivi un traitement de sevrage ambulatoire dispensé par le CSST.	5,7	6,2	8,4	10,6	11,0	16,8	16,1	17,5	18,9
Nombre moyen de patients par CSST ayant suivi un traitement de sevrage en milieu hospitalier, avec le soutien du CSST (par centre)	N D	N D	N D	N D	N D	10,3	13,2	12,8	13,8

Source : Etude des rapports d'activité standards des CSST en 2005, DGS/OFDT.

Guide pour lire le tableau : en moyenne, 5,7 patients par CSST ont suivi un traitement de sevrage ambulatoire dispensé par le CSST en 1999.

Remarque : les calculs ont été réalisés en excluant les centres offrant plus de 150 traitements de sevrage ou qui n'ont pas réussi à répondre aux questions relatives à leur activité.

Traitements de substitution pour les patients soignés dans des structures de première ligne

A l'époque de l'Etude Prelud en 2006, 60 % des usagers avaient indiqué qu'ils recevaient un traitement de substitution prescrit sur ordonnance. Dans un peu moins de deux-tiers de ces cas, la BHD était utilisée (62 %), le dernier tiers recevant de la méthadone (32 %). Enfin, une minorité (4 %) recevait un traitement à base de sulfate de morphine.

En moyenne, les usagers qui prennent un produit de substitution ont tendance à être plus âgés que ceux qui ne prennent pas ce type de traitement. Alors que la moyenne d'âge de ces derniers est de 32,1 ans, elle passe à 33,6 ans pour les usagers substitués à la BHD, à 34,7 ans pour la méthadone et 35,2 ans pour le sulfate de morphine.

Dans 79 % des cas traités par du sulfate de morphine, 59 % de la BHD et seulement 16 % de la méthadone, le médicament de substitution figurait également parmi les substances utilisées à des fins non thérapeutiques. Ainsi, parmi les usagers de drogue recevant du sulfate de morphine et de la BHD, il semblerait que c'est le produit prescrit en lui-même qui est le plus souvent mentionné comme la substance entraînant le plus de problèmes par les participants (respectivement 66 % et 42 %). De fait, chez les usagers de drogue actifs interrogés par les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), une majorité préfère utiliser l'injection comme méthode d'administration, le fait de sniffer ou de fumer le produit étant moins répandu. En revanche, parmi les personnes recevant de la méthadone, ce produit est mentionné comme étant problématique seulement dans un nombre limité de cas (9 %), largement dépassé par l'héroïne (24 %) et la cocaïne/crack (19 %). Contrairement aux deux autres médicaments de substitution, la méthadone (lorsqu'elle est utilisée hors cadre thérapeutique) est quasiment exclusivement consommée par voie orale (96 %) (Toufik et al. 2008).

La mise en place des traitements de substitution

Deux médicaments sont utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée que dans les CSST ou CSAPA 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. Il faut préciser également que depuis 2006 le Subutex® n'est plus le seul produit disponible puisque des spécialités génériques apparaissent sur le marché (en particulier les formes BHD Arrow® en 2006 puis BHD Merck® en 2007⁶⁴). La forme générique a surtout été acceptée par un certain nombre d'usagers, plus jeunes dans leur parcours toxicomaniaque que la moyenne des usagers, mieux intégrés dans un protocole et davantage stabilisés.

⁶⁴ BHD Merck devenue BHD Mylan® en 2008

L'édition 2008 de l'enquête OPPIDUM⁶⁵ montre ainsi dans les centres de soins spécialisés que les 31 % de patients sous BHD qui bénéficient de génériques sont en moyenne de deux ans plus jeunes que les autres et que leurs doses quotidiennes moyennes sont environ 1 mg inférieures à celles des autres patients.

Des données récentes de la Caisse nationale de l'assurance maladie précisent que près de 125 000 personnes ont bénéficié de remboursements de traitements de substitution aux opiacés en ville durant le deuxième semestre 2008, avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD représentant toujours 80% de l'ensemble. Le taux de pénétration des génériques représentait en 2008 près de 30% des remboursements de BHD.

La part de méthadone continue toutefois d'augmenter et il faut rappeler que la facilitation de l'accès à ce médicament faisait partie des recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution de juin 2004. Les données de l'Assurance maladie montrent d'ailleurs que l'évolution des remboursements de BHD a été de + 24,3 % versus + 155 % de méthadone en 4 ans.

Le graphique suivant présente des estimations du nombre de patients traités en France par BHD et méthadone. Ces données proviennent des chiffres de vente de ces deux médicaments de substitution fournis par le GERS⁶⁶ en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite sur une année de 8 mg par jour pour le Subutex® et de 60 mg par jour pour la méthadone. Les quantités vendues de Subutex® représentent ainsi un équivalent de 74 705 patients théoriques ayant reçu tout au long de l'année 2008 une dose quotidienne de 8 mg. Pour la Méthadone, un calcul du même type conduit à un nombre de patients théoriques de 33 565 (remboursements en ville mais aussi à l'hôpital).

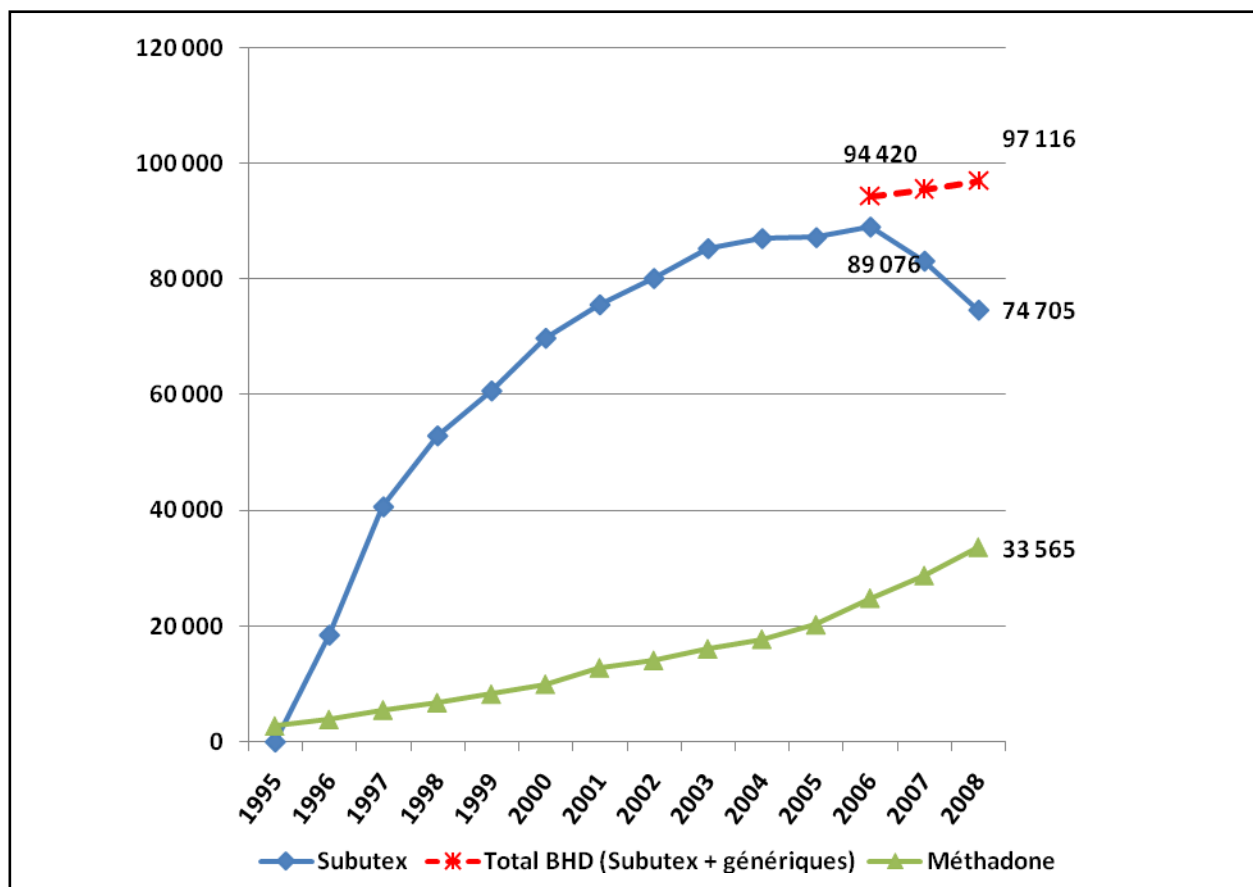
Il s'agit de patients théoriques parce que les patients réels ne sont pas tous aussi observants et ne suivent pas tous un traitement du 1^{er} janvier au 31 décembre. Au cours d'une année donnée, certains peuvent cesser leur traitement et d'autres au contraire le commencer. Le nombre de personnes ayant eu au moins une prescription d'un traitement de substitution est donc logiquement plus élevé que le nombre de patients théoriques.

Les génériques de la BHD introduits en France depuis 2006 compensent d'une certaine manière la diminution effective du nombre de patients sous Subutex® observée à partir de 2006. Une extrapolation permet en effet d'estimer cette part de patients bénéficiant de génériques et dont l'augmentation a été progressive jusqu'à représenter environ 30 % de l'ensemble des patients sous BHD en 2008 (graphique). Près de 97 000 patients théoriques auraient ainsi possiblement bénéficié de BHD sous sa forme princeps ou générique, en conformité avec les données de l'Assurance maladie pour la même année.

⁶⁵http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/4a43ffc0f2afeec432f0bb9b00b29cdc.pdf

⁶⁶ Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

Graphique 5.1. Traitements de substitution aux opiacés : estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (Subutex® 8 mg, Méthadone® 60mg) entre 1995 et 2008



Source : GERS/SIAMOIS/InVS

Mésusages et trafic de BHD

Il faut toutefois préciser qu'une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a toutefois diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux traitements de substitution aux opiacés⁶⁷ puisqu'un des indicateurs majeurs du mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/J⁶⁸) a été divisé par trois entre 2002 et 2007. Six pourcent des sujets avaient ainsi reçu plus de 32 mg/J de BHD à l'époque versus 2 % des sujets en 2006 et 1,6 % l'année suivante selon une étude récente (CANARELLI et al. 2009). Cette étude retrouve d'autre part que les deux tiers des sujets ayant reçu des remboursements de traitements de substitution aux opiacés en 2006 et en 2007 sont en traitement régulier et donc inclus a priori dans un processus thérapeutique (la précédente étude de 2002 avait révélé les mêmes proportions). L'ensemble des autres bénéficiaires de ces traitements ne sont toutefois pas forcément exempts de toute démarche de soins.

67 Les contrôles de l'Assurance maladie mis en place depuis 2004 ont ainsi 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

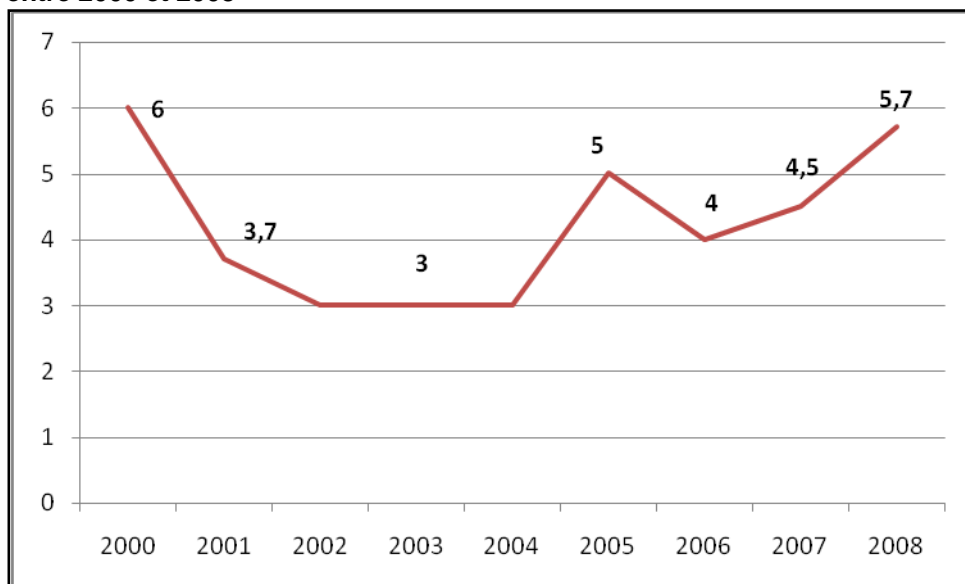
68 La posologie d'entretien de la BHD est de 8mg/J avec une dose maximale fixée à 16 mg/J. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/J est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

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 BHD 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 depuis 2007 : 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 l'espace festif techno, les observations de terrain ont mis en évidence le caractère marginal de l'usage de ce produit et de sa disponibilité hormis dans de très grands événements.

En 2008, la BHD est donc de nouveau décrite comme très facilement disponible et facilement accessible sur le marché parallèle mais les prix demeurent plus élevés (5,7 euros en moyenne le comprimé de 8 mg), soit un retour au même niveau qu'au cours de l'année 2000 (Graphique 5-2) (CADET-TAIROU, A. et al. 2010).

Graphique 5-1 : Evolution annuelle du prix du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2008



Source : TREND / OFDT

Trois modes d'administration existent d'autre part dans le cadre d'un mésusage : l'injection, le sniff et, plus marginalement, la voie fumée. Alors que l'injection demeure le mode d'administration le plus répandu quand le médicament est détourné de son usage thérapeutique, le sniff est plutôt utilisé chez les « vieux » injecteurs pour lesquels il permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires consécutives à la fréquence des injections. En 2009 (AFSSAPS-CEIP 2009), l'injection de BHD est pratiquée par 7 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique, le sniff par 8 % et l'inhalation est pratiquée par une part infime des usagers. Parmi les personnes vues dans le même cadre mais déclarant consommer la BHD hors protocole thérapeutique, 16 % utilisent l'injection, 46 % le sniff, et 49 % la consomment par voie orale. La fréquence de l'injection de la BHD dans ce deuxième groupe continue à diminuer d'année en année (34 % en 2005) avec une forte accélération de la chute depuis 2006. L'usage du sniff connaît quant à lui l'évolution inverse (34 % en 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. Il s'agit toujours de patients réellement en traitement de substitution qui en économisent une partie pour faire du troc,

dépanner ou revendre un peu. La forme gélule disponible sur le marché depuis 2008 n'est pas concernée par ce marché noir. Déjà signalée depuis 2006, la prise de méthadone en auto-substitution est une pratique qui s'installe et qui devient perceptible dans différents sites (CADET-TAIROU, A. et al. 2010).

Traitement de substitution en milieu hospitalier

Une enquête menée en 2007 par l'OFDT (OBRADOVIC et al. 2008b) pour évaluer l'impact de la circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts et ce six ans après la mise en place de cette circulaire.

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

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Si la moitié des services hospitaliers enquêtés déclarent une part de patients sous méthadone supérieure à 50 %, un tiers des services médicaux intervenant en milieu pénitentiaire (hors CSST) sont dans cette situation. Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé se rapprochent en outre de ceux observés en milieu libre, ce qui semble traduire une certaine homogénéité dans l'application des indications thérapeutiques. Les progrès qui restent à faire portent donc sur l'objectif d'une généralisation effective de l'accès à la méthadone dans l'ensemble des établissements de santé et sur celui d'un relais de prise en charge plus efficace (en particulier à la sortie de prison).

5.3. Accès aux soins

5.3.1. Caractéristique des patients pris en charge (données IDT incluses)

Nombre total de clients pris en charge

En France, seules les personnes vues dans les CSST font l'objet d'un recueil de données compatibles avec le protocole Indicateur de demande de traitement (IDT) de l'OEDT. De plus, ce recueil n'est pas exhaustif, puisqu'en 2009 environ un quart des CSST n'ont pas fourni de données. Par ailleurs, les données IDT ne portent que sur les personnes qui commencent ou recommencent un traitement. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres sources pour évaluer quantitativement le nombre total de personnes venues chercher de l'aide auprès de professionnels pour leurs problèmes de consommation de drogues illicites.

On dispose actuellement de données assez précises sur le nombre de personnes prises en charge dans le dispositif spécialisé. Les CSST doivent en effet fournir chaque année aux autorités administratives un rapport d'activité dans lequel figurent quelques données sur les personnes accueillies au cours de l'année écoulée (voir annexe VI-P). Le taux de réponse pour ces rapports est proche de 90 % chaque année et presque de 100 % sur une période de deux ans. A partir de ces rapports d'activité il est possible d'évaluer à environ 96 000 le nombre de personnes vues dans les CSST ambulatoires en 2008 pour leur problème avec les drogues illicites. Ce nombre comprend des doubles comptes qui ne doivent cependant pas représenter globalement plus de 5 % du total. Relativement aux CSST ambulatoires, le nombre de personnes hébergées dans un centre de traitement résidentiel apparaît très faible, un peu moins de 2 000 personnes, qui pour partie sont déjà comptées parmi les personnes vues dans les CSST ambulatoires. Ce sont en effet les CSST ambulatoires qui adressent aux centres résidentiels une part importante des patients qui y sont hébergés. Dans les CSST en

milieu pénitentiaire, on peut évaluer à 5 300 le nombre de personnes vues pour un problème avec les drogues illicites en 2008.

En ce qui concerne la médecine de ville, les seules données disponibles au niveau national concernent les personnes sous traitement de substitution. Les données déjà citées indiquent qu'environ 130 000 personnes se sont fait rembourser leur traitement de substitution par les organismes de sécurité sociale en 2007. Une partie de ces personnes est également incluse dans celles ayant fréquenté un CSST en 2007.

En ce qui concerne les hôpitaux, on dispose de données nationales issues du système d'information médico économique PMSI⁶⁹ sur le nombre d'hospitalisation avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, hors alcool et tabac (diagnostic CIM10 : F11 à F16, F18 et F19). Ce nombre d'hospitalisation s'élève à 5 800 en 2007, dont 4 000 hospitalisations d'une durée de plus de 24 heures. Il faut noter que ces données n'incluent pas les passages dans les services d'urgence. Ces statistiques portent sur les séjours de 5 200 patients. Des doublons entre les personnes hospitalisées et celles vues dans les centres spécialisés ou en médecine de ville existent également. D'autres données remontant à 2005 issues d'un rapport d'activité des équipes de liaison qui n'a été demandé qu'une seule année permet d'évaluer à environ 8 000 le nombre de personnes vues en consultation externe à l'hôpital (c'est-à-dire non hospitalisées) pour des problèmes de consommation de drogues illicites. Il n'est encore une fois pas possible d'additionner ces chiffres aux autres, compte tenu des nombreuses possibilités de doublons entre ces personnes et celles qui sont hospitalisées ou recensées dans les autres secteurs déjà mentionnés. Les données concernant l'hôpital sont très parcellaires. Il apparaît néanmoins assez clairement que le nombre de personnes avec un problème de consommation de drogues illicites qui au cours d'une année sont vues à l'hôpital (hors CSST) était jusqu'à une date récente assez faible relativement au nombre total de personnes vues dans les CSST (10 % au maximum).

Spécificités de tous les patients commençant un traitement dans des centres spécialisés

Le profil des personnes recevant un traitement correspond ici à celui des nouveaux patients ayant débuté un traitement en 2009, exclusivement par l'intermédiaire des centres de soins ambulatoires.

En 2009, 160 CSST ambulatoires ont participé à l'étude RECAP, soit 74 % de l'ensemble des centres de traitement ambulatoires. Les données ci-dessous concernent plus de 44 000 patients (appelés « nouveaux patients ») qui ont commencé un nouvel épisode de traitement dans l'un de ces centres au cours de l'année.

Les patients recevant un traitement pour la première fois de leur vie (appelés « primo-patients ») représentaient 31 % de l'ensemble des nouveaux patients qui ont été vus. Pour les autres patients, il s'agissait de nouvelles demandes de traitement dans un centre donné ou d'un renouvellement de traitement suite à une rupture de contact avec le centre de soins de plus de six mois. Le pourcentage de primo-patients par rapport à la totalité des patients devrait être évalué avec précaution étant donné que les informations concernant l'existence de traitements préalables est inconnue dans 24 % des cas.

Dans les descriptions de l'usage ci-après, il doit être gardé à l'esprit que dans environ 21 % des cas, il n'y avait aucune information sur la drogue principale.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

Parmi les nouveaux patients, 81 % étaient de sexe masculin, âgés de 30,3 ans en moyenne. Cet âge moyen est en fait le résultat du mélange de deux sous-populations, les usagers de cannabis d'un côté, avec un âge moyen de 25 ans, et les usagers d'opiacés et de cocaïne de

⁶⁹ <http://stats.atih.sante.fr/mco/diagone.php>

l'autre côté, avec un âge moyen d'environ 34 ans. La proportion d'hommes chez les patients ayant recours aux soins pour la première fois est plus importante (83 %) et la moyenne d'âge plus jeune, avec un âge moyen de 26 ans. La tranche d'âge la plus largement représentée chez les patients sous traitement est celle des 20-24 ans (elle représente 20 % des patients), les moins de 25 ans représentant 33 % du total. Un peu plus de 19 % des patients sont âgés de plus de 40 ans. Par opposition, plus de la moitié de primo-patients a moins de 25 ans et 8 % sont âgés de 40 ans et plus. Cette différence d'âge est étroitement liée à la proportion plus importante des usagers de cannabis chez les primo-patients.

Tableau 5-2 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2009.

Age	Tous les traitements	Premiers traitements
- de 20 ans	12,6	24,6
20-24 ans	20,4	27,9
25-29 ans	20,2	20,4
30-34 ans	14,8	11,5
35-39 ans	13,4	7,6
40-44 ans	9,3	4,0
45-49 ans	5,4	2,1
50 ans et +	3,9	1,9
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2009.

Les deux principales origines de la prise en charge sont la propre initiative du patient (35 %) et le système judiciaire ou la police (29 %). Dans le cas du premier traitement, on peut remarquer que cette dernière origine de la prise en charge représente presque la moitié des patients (48 %). La plupart des personnes adressées par le tribunal ou la police sont des usagers de cannabis. Les résultats concernant l'origine des consultations sont détaillés dans le Tableau 5-3.

Tableau 5-3 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2009.

Origine du traitement	Tous les traitements	Premiers traitements
Propre initiative du patient	35,5	23,3
Famille ou amis	9,3	9,5
Autres centres spécialisés pour les toxicomanes	6,4	1,7
Médecins généralistes	7,2	5,2
Hôpital ou autre établissement médical	5,0	3,6
Services sociaux	3,7	4,0
Police, tribunaux ou injonction thérapeutique	29,4	48,0
Autre	3,5	4,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2009.

Les patients vivent le plus souvent avec leurs parents ou seuls (respectivement 35 % et 29 %) et la plupart du temps dans un logement stable (77 %). Toutefois, 20 % d'entre eux ont indiqué qu'ils vivaient dans des conditions de logement précaires. En raison du pourcentage important de personnes plus jeunes dans ce groupe, les primo-patients sont moins susceptibles de vivre seuls et vivent plutôt avec leurs parents.

Tableau 5-4 : Répartition des patients par statut de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2009.

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Tous les traitements	Premiers traitements
Seul	28,5	22,3
Avec les parents	35,3	46,2
Seul avec un enfant	2,9	2,2
Avec un partenaire mais sans enfants	12,5	11,6
Avec un partenaire et un (des) enfant(s)	11,4	9,8
Avec des amis	3,2	2,6
Autre	6,3	5,3
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2009

En ce qui concerne leur situation socioprofessionnelle, les économiquement inactifs ou sans emploi représentaient un total de 46 %, alors qu'à peine plus d'un quart (27 %) a un travail régulier et 14 % sont toujours lycéens ou étudiants (Tableau 5-5). Les primo-patients se différencient des patients tous traitements confondus en ce sens qu'ils représentent un pourcentage plus élevé d'étudiants et de lycéens et un pourcentage plus faible d'inactifs sur le plan économique.

Pour ce qui est du niveau d'études des personnes suivies dans les CSST en 2009, 63 % avaient atteint le niveau du secondaire ; 4 % n'avaient pas dépassé l'école primaire et 32 % ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'étude supérieur au *baccalauréat*. La répartition du niveau d'étude n'est pas différente chez les primo-patients.

Tableau 5-5 : Répartition des patients par situation professionnelle (en %), en 2009.

Situation professionnelle	Tous les traitements	Premiers traitements
Emploi régulier	26,9	28,3
Etudiant, lycéen	13,7	22,6
Inactif sur le plan économique	21,6	13,8
Sans emploi	24,0	20,6
Autre	13,9	14,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2009.

Usage de drogues

Le Tableau 5-6 présente une répartition détaillée des patients en fonction du premier produit qu'ils ont déclaré consommer en 2009.

Presque la moitié des patients (46 %) a été accueilli dans les CSST en 2009 pour des problèmes liés à l'usage de cannabis. Une majorité d'entre eux (56 %) a déclaré qu'ils consommaient du cannabis quotidiennement. La proportion des primo-patients déclarant le cannabis comme premier produit (produit posant le plus de problèmes) est plus élevée que pour les patients tous traitements confondus et atteint deux tiers. La répartition de la fréquence de consommation est similaire dans les deux groupes. L'importance des usagers de cannabis parmi les patients sous traitement en France est en partie la conséquence du nombre important et toujours croissant d'interpellations pour usage de cannabis. Une partie des usagers interpellés est adressée aux centres de soins par les tribunaux. La création d'unités de soins pour les jeunes consommateurs, principalement dédiées aux consommateurs de cannabis, semble a priori avoir joué un rôle dans l'augmentation du nombre de consommateurs de cannabis en contact avec les centres de soins ; toutefois, comme nous le verrons ultérieurement (section 5.5), les données sur le nombre total de personnes traitées pour consommation de cannabis depuis la fin des années 1990 indiquent une augmentation qui a eu lieu avant le lancement des unités de soins pour les jeunes consommateurs.

Les opiacés sont identifiés comme la première drogue consommée par 43 % des patients. En tout, 80 % d'entre eux ont pris de l'héroïne, la méthadone représentant 4 % et les autres opiacés (y compris la BHD)⁷⁰ 17 %. Parmi les usagers d'opiacés, quasiment 80 % ont consommé les substances quotidiennement et 12 % les ont pris régulièrement (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine). Les opiacés sont généralement sniffés (50 %) ou injectés (25 %). Le pourcentage de primo-patients déclarant les opiacés comme premier produit est bien inférieur à celui des patients tous traitements confondus (25 % contre 43 %). La répartition de la fréquence d'utilisation est similaire dans les deux groupes même si le pourcentage de consommation quotidienne est légèrement plus élevé chez les primo-patients. L'injection comme voie d'administration des opiacés est bien moins fréquente dans ce groupe que dans celui des patients tous traitements confondus (12 % contre 25 %).

Tableau 5-6 : Répartition (en %) en fonction de la première drogue consommée, 2009.

Première drogue	Tous les traitements	Premiers traitements
Héroïne	33,8	21,2
Méthadone	1,7	0,9
Autres opiacés	7,3	3,0
Cannabis (tous)	45,8	66,6
Barbituriques	0,1	0,0
Benzodiazépines	1,7	0,6
Autres hypnotiques ou tranquillisants	0,4	0,2
Cocaïne	5,4	5,0
Crack	1,6	0,7
Amphétamines	0,2	0,2
MDMA et autres dérivés	0,3	0,2
Autres stimulants	0,0	0,0
LSD	0,2	0,2
Autres hallucinogènes	0,1	0,0
Drogues volatiles à inhaler	0,2	0,3
Autres substances (toutes)	1,0	0,8
Total	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2009.

La cocaïne est le troisième produit le plus consommé ; elle est mentionnée par plus de 5 % des patients. Les usagers de cocaïne ont déclaré qu'ils en consommaient tous les jours (35 %) ou fréquemment (25 %). La cocaïne est sniffée (67 %) ou fumée (18 %), elle est également injectée chez un pourcentage non négligeable de patients (13 %). La cocaïne est un peu moins souvent mentionnée chez les primo-patients mais la différence n'est pas très importante. Chez les usagers de cocaïne ayant recours aux soins pour la première fois de leur vie, le pourcentage de personnes s'injectant la cocaïne est moins important que chez les usagers de cocaïne sous tous traitements confondus (5 % contre 13 %) alors qu'une proportion importante sniffe ce produit (76 % contre 67 %).

Parmi les patients ayant recours aux soins en 2009, plus des trois quarts (74 %) ont indiqué qu'ils n'avaient jamais utilisé l'injection comme voie d'administration. Les patients ayant utilisé l'administration par voie intraveineuse peuvent être divisés en deux groupes : 15 % d'entre eux n'ont pas utilisé cette voie récemment et 11 % ont indiqué s'être injectés au cours du mois précédent l'entretien. Ceux qui ont utilisé l'injection au cours du mois écoulé sont principalement des usagers d'opiacés (81 %). 53 % sont dépendants à l'héroïne et 26 % ont déclaré les autres opiacés (y compris la BHD) comme leur première substance. Pour autant, un nombre non négligeable de personnes utilisant l'injection comme voie d'administration reçoit un traitement pour l'usage de cocaïne (8 %). Les personnes accueillies par les CSST pour la première fois de leur vie ont tendance à avoir recours à la voie intraveineuse moins souvent que les patients qui ont déjà reçu un traitement. Ainsi, en 2009, 92 % des primo-

⁷⁰ Pour la méthadone et la BHD, cela signifie une utilisation hors cadre thérapeutique.

patients en ambulatoire (tous produits confondus) n'avaient jamais eu recours à l'injection comme voie d'administration (contre 74 % chez les patients tous traitements confondus).

5.3.2. Tendances relatives aux patients sous traitement

Les données sur les patients compatibles avec le protocole IDT ne sont disponibles en France que depuis 2005. Les évolutions ne peuvent donc être véritablement suivies que sur une période assez courte.

Les données du Tableau 5-7 font apparaître une augmentation continue de l'âge moyen. L'observation de l'évolution de la distribution par tranche d'âge (Tableau 5-8) fait apparaître que ce vieillissement paraît surtout lié à une diminution de la part des 15-24 ans et tout particulièrement des 15-19 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus. Cette diminution prononcée du pourcentage des 15-19 ans s'observe également pour les premières demandes de traitement avec toutefois une stabilisation entre 2007 et 2009. D'après les données issues des rapports d'activité portant sur l'ensemble des consommateurs vus dans les CSST, la part des moins de 18 ans, le plus souvent consommateurs de cannabis, a rapidement augmenté au début des années 2000 puis a commencé à décliner à partir de 2005. Pour interpréter ces évolutions il faut garder à l'esprit que d'après les rapports d'activité fournis par les CSST, le nombre de personnes accueillies a tendance à augmenter d'année en année. Une diminution de la part des moins de 18 ans ne veut pas forcément dire que leur nombre diminue.

Tableau 5-7 : Age moyen des patients, évolution entre 2005 et 2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Tous les traitements	28,0	28,3	29,1	29,4	30,3
Premiers traitements	24,1	25,0	25,9	26,2	26,0

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2009.

Tableau 5-8 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
<15	0,6	0,8	0,7	1,4	1,2
15-19	16,0	14,8	11,9	11,3	11,4
20-24	24,8	25,2	24,7	23,3	20,4
25-29	19,0	19,4	21,2	21,4	20,2
30-34	16,6	15,4	14,9	14,6	14,8
35-39	12,3	12,3	12,5	12,7	13,4
40-44	6,8	7,1	8,4	8,4	9,3
45-49	2,5	3,2	3,5	4,2	5,4
50-54	0,8	1,2	1,4	1,7	2,3
55-59	0,3	0,5	0,6	0,7	1,0
60-64	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4
>=65	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2009.

En dehors de la tendance au vieillissement des personnes accueillies dans les centres, les caractéristiques des patients ont peu évolué sur la période 2005-2009. En cohérence avec la diminution de la part des 15-24 ans, le pourcentage de personnes vivant chez ses parents est en diminution passant de 42 % à 35 % alors que la part des personnes vivant seules augmente de 25 % à 29 %. Pour des raisons également liées à la modification de la répartition par tranches d'âge, la part des élèves et des étudiants est en régression, passant de 17 % en 2005 à 14 % en 2009, alors que la part des personnes ayant un emploi régulier augmente de 23 % à 27 %.

En ce qui concerne les premiers produits consommés, il peut être mentionné une tendance à l'augmentation du pourcentage de patients en difficulté avec la cocaïne ou le crack (7,1 % en 2009 vs 5,7 % en 2005). Le pourcentage de consommateurs de drogues vus principalement pour un problème d'opiacés semble être en augmentation en 2009 (42,9 %) après avoir fluctué entre 39 % et 40 % de 2005 à 2008. Cet accroissement, en termes relatifs, s'accompagne d'une baisse presque équivalente en 2009 de la part que représentent les personnes venues pour un problème de cannabis (de 47,8% en 2008 à 45,8 % en 2009). Cependant, ce changement est en grande partie dû à la participation des nouveaux centres en 2009. A « champ constant », en analysant uniquement les données des centres qui ont participé également en 2008, la hausse du pourcentage de consommateurs d'opiacés et la baisse du pourcentage de consommateurs de cannabis reste visible, mais moins importante (41,4 % contre 42,9 % pour opiacés et 47,3 % contre 45,8 % pour cannabis).

En ce qui concerne les modes de consommation, les données sur les années 2005 à 2009 font apparaître une tendance à la baisse du pourcentage de consommateurs d'opiacés et de cocaïne utilisant actuellement la voie intraveineuse.

Tableau 5-9 : Pourcentage des patients ayant recours aux injections par produit primaire, évolution entre 2005 et 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
1. Opiacés (total)	24,8	24,6	20,9	21,2	20,9
11 héroïne	20,6	20,5	17,0	17,8	17,2
12 méthadone	17,4	13,2	11,3	10,3	12,0
13 autres opiacés	44,1	44,3	39,6	39,9	39,5
2. Cocaïne (total)	15,4	16,2	13,1	14,4	13,7
21 cocaïne	18,0	18,1	14,4	15,5	15,2
22 crack	6,6	8,8	7,8	10,7	9,3

Source : RECAP / OFDT – 2005 - 2009.

6. Conséquences sanitaires

6.1. Introduction

L'usage de drogues peut entraîner des processus morbides comme des maladies virales (VIH/Sida et hépatites), des maladies sexuellement transmissibles ou des maladies récurrentes liées à la précarité comme la tuberculose. Des comorbidités psychiatriques en lien avec cet usage sont classiquement retrouvées. Des décès peuvent également être observés, et sont recensés et précisés à partir de plusieurs dispositifs d'information en France.

VIH / Sida et hépatites virales (Hépatites B et C)

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 : initialement renseignées à partir de l'enquête dite « de novembre » (informations concernant les patients fréquentant les CSST, voir la liste des sources détaillées, annexe VI-D) elles ont par la suite pu être fournies via le dispositif RECAP (patients vus en CSST et CCAA) à partir de 2005 (PALLE et al. 2007b) et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structure dites de « première ligne » notamment les enquêtes PRELUD et ENa-CAARUD.
- Les prévalences déclarées du VIH, VHC et VHB varient selon les études et les modes de consommation adoptés par les usagers (injection, sniff) ;
- Des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement sanguin) fournies à partir de l'enquête Coquelicot (voir annexe VI-C) (JAUFFRET-ROUSTIDE, M. 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.
- Des prévalences biologiques du VIH et VHC (prélèvement salivaire) auprès d'usagers de structures de première ligne : l'enquête PRELUD (rapport TREND 2007), débutée en février 2006 dans 9 villes françaises.
- Des estimations d'incidence s'appliquent aux cas de Sida et à ceux d'infection par le VIH. La notification des cas de sida (InVS) existe depuis le début des années 1980 et est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisé a été mis en place en 2003 par la circulaire de la direction générale de la santé -DGS- (n°2003/60 du 10 février 2003), rendant obligatoire également la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH.

Le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est ainsi en baisse constante depuis 1994.

Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose ni d'éventuelles maladies sexuellement transmissibles.

Autres maladies infectieuses

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique d'autres maladies infectieuses

Données comportementales

Il existe en France des éléments d'information quantitatifs (Etude ENa-CAARUD de l'OFDT et étude Coquelicot de l'InVS) et qualitatifs (dispositif TREND et versant qualitatif de Coquelicot) renseignant, parmi les usagers de drogues, la perception de leur état de santé et leurs comportements à risques (CADET-TAIROU, A. et al. 2010; Cadet-Taïrou et al. 2008b;

JAUFFRET-ROUSTIDE, M. et al. 2006). Les enquêtes menées dans le cadre du dispositif TREND auprès des usagers de structures de « première ligne » avaient également auparavant fourni des indications sur la perception de leur état de santé ainsi que l'apparition de certaines pathologies (Bello, P. Y. et al. 2004; BELLO, P.-Y. et al. 2005).

Comorbidités 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.

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 pharmacodépendance (CepiDc-INSERM). 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, la mise à disposition de ces données s'effectue toutefois avec un délai de deux ans. Le nombre des décès par pharmacodépendance a décru entre 1995 à 2002 avant de connaître une nouvelle hausse depuis 2003. Certaines surdoses sont codées sous la rubrique des décès de causes mal définies.
- Avec présence sanguine de substances psychotropes : le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – AFSSAPS, voir annexe VI-D) recense les cas de décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Le but premier de DRAMES n'est pas d'établir un décompte exhaustif du nombre de surdoses mais d'évaluer les substances ayant provoqué les décès et leurs associations, en particulier médicamenteuses. Le nombre de laboratoires participant n'a cessé de croître (7 en 2002, 19 en 2008). Les décès par surdoses d'opiacés ont augmenté, ainsi que par mésusage de traitement de substitution (méthadone et BHD) et de stimulants.
- Par surdose lorsque le décès fait l'objet d'une procédure judiciaire (OCRTIS). Cette source statistique ne couvre que les décès qui sont portés à la connaissance des services de police ou de gendarmerie nationale. Elle ne comprend pas les décès par surdose des ressortissants français constatés à l'étranger et les décès intervenus en milieu hospitalier. Depuis 1995, le nombre de décès par surdose constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue (- 80 % entre 1995 et 2003) avant de connaître une nouvelle hausse. L'OCRTIS ne publie plus de données sur les surdoses depuis 2008.
- 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 continue depuis 1994.

Plusieurs études ont souligné un problème de sous-estimation du nombre officiel des surdoses mortelles liées aux usages de substances illicites en France au cours des années 1990 et début 2000 (Janssen, E 2009; Lecomte et al. 1994; Lepère et al. 2001). Le recoupement des trois sources d'information mentionnées (OCRTIS, AFSSAPS, INSERM) portant sur les surdoses recensées en 2007 a été réalisé en 2009 afin d'évaluer l'éventuelle persistance de ce biais.

6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

6.2.1. VIH/SIDA et hépatites virales B et C

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

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en mars 2003, 32 594 découvertes de séropositivité ont été déclarées. En 2008, en prenant compte des délais de

déclaration et la sous-déclaration, le nombre de notifications positives était estimé à 6 500, nombre à peu près stable par rapport à l'année précédente (6 400 en 2007) et toujours dans un contexte global de diminution par rapport aux années antérieures (7 000 en 2006 et 7 500 en 2005).

En 2009, la contamination par usage de drogues par voie injectable (UDVI) représente un peu moins de 2 % de ces nouvelles infections (Tableau 6-1). Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (44 % des cas) et en particulier chez les femmes (66 % des cas) suivi par les rapports homosexuels (22,6 % des cas représentant 36 % des contaminations chez les hommes).

Tableau 6-1 : Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2009 par mode de contamination (France, données au 30/12/09).

Modes de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%
Rapports hétérosexuels	7 998	65,6	6 243	30,6	14 241	43,7
Rapports homosexuels	-	-	7 381	36,2	7 381	22,6
Injection de drogues	102	0,8	389	1,9	491	1,5
Autres ^b	101	0,8	135	0,7	236	0,7
Non renseigné	3 995	32,8	6 250	30,6	10 245	31,4
Total	12 196	100	20 398	100	32 594	100

a : Nombre de cas provisoires non redressés pour la sous-déclaration

b : 166 transmissions mère-enfant, 41 homosexuels usagers de drogues, 10 transfusés et 2 hémophiles contaminés dans les années 80.

Source : système de notification obligatoire de l'infection à VIH, InVS (données au 30/12/09)

Quant au nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI, il est en baisse continue depuis le milieu des années 1990 : s'ils représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida à cette époque, ils ne représentaient plus qu'un peu moins de 8 % en 2008 et un peu moins de 5 % en 2009 (données provisoires).

Tableau 6-2 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1999-2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
UDVI	313	248	260	207	176	168	121	98	85	75	23
Total nouveaux cas de Sida	1 849	1 745	1 685	1 658	1 489	1 397	1 339	1 146	983	990	536
Part UDVI (%)	16,9	14,2	15,4	12,5	11,8	12	9,0	8,6	8,6	7,6	4,3

* : données provisoires non redressées pour les délais de sous déclaration au 30/12/09

Source : système de surveillance du Sida, InVS. (Données au 30/12/09)

Données PRELUD

L'enquête Première ligne usagers de drogues (PRELUD) menée par l'OFDT en 2006 a permis de faire un point sur l'état des pratiques et des consommations en matière de substances psychoactives dans une population à forte prévalence d'usage. Elle a été réalisée sur la base du volontariat, dans des structures dites de « première ligne », devenues depuis CAARUD⁷¹. En 2006, dans 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse) un prélèvement salivaire avait ainsi été proposé à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection au VIH et au VHC. Cette enquête dite « bio » PRELUD a ainsi révélé, parmi l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 % (ST9 Part 2). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disaient négatives était égale à 5,0 %⁷².

⁷¹ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

⁷² Les écarts observés par rapport aux résultats de l'étude coquelicot s'expliquent par :

Tableau 6-3 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.

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

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives (seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France) obtenues dans les neuf villes ont évoqué une décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida entre 2003⁷³ et 2006 puisque cette prévalence est passée de 10,2 % à 6,2 %.

Concernant les données biologiques se rapportant au virus de l'hépatite C, l'enquête « bio » PRELUD indique en 2006 une prévalence de l'hépatite C égale à 32 %. Chez les injecteurs, la prévalence estimée s'élève à 42 % (ST9 Part 2). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 %.

Tableau 6-4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.

	Effectifs	Tous N=500	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et/ou sniffé au cours de la vie N=483
			Non N=138	Oui N=362	
Ensemble	N=500	32%	7%	42%	33%
< 25 ans	N=138	13%	-	16 %	14%
25-34 ans	N=214	31%	-	44 %	32%
> 34 ans	N=148	51%	-	63 %	53%

Source : PRELUD 2006, Trend / OFDT

Les données déclaratives de l'enquête PRELUD entre 2003 et 2006 ont évoqué quant à elles une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C (43,4 % à 34 %) et en particulier chez les plus jeunes (moins de 25 ans) où elle a diminué de moitié (de 17,6 % à 8,4 %). Ce phénomène n'est toutefois pas lié à une chute de l'injection chez ces derniers. En effet, parmi les usagers de moins de 25 ans, la part des injecteurs/vie est passée de 51 % en 2003 à 59 % en 2006, et celle des injecteurs plus de 10 fois au cours de la vie a augmenté dans le même temps de 41 % à 50 %.

Cependant, on observe également une pratique du dépistage pour ces deux virus 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.

- la population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autre cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne) ;

- la méthode qui est différente (au plan biologique et au plan du recrutement) ;

- les villes enquêtées qui sont également différentes.

⁷³ Dernière édition de l'enquête « Première Ligne » en 2003 remplacée en 2006 par l'enquête PRELUD

Concernant le virus de l'hépatite B, il ressort qu'en 2006, quel que soit l'âge, plus du tiers des usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain ignore quelle est sa situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B qui peut se transmettre par le partage des seringues ou par relations sexuelles. Les plus de 34 ans étaient toutefois nettement plus nombreux que les jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 % versus 4 % des 25-34 ans et 2,1 % des moins de 25 ans). Parmi les personnes qui se disaient vaccinées en 2006, 45 % déclaraient avoir reçu 3 injections, 25 % deux et 28 % une seule.

Données ENa-CAARUD

Cette enquête nationale, menée pour la seconde fois en 2008 auprès de 3 138 usagers vus au travers des 122 structures habilitées comme CAARUD⁷⁴, a pour vocation de rendre compte de la diversité et des modalités de consommation d'une large population de consommateurs actuels de drogues. Elle renseigne en particulier les statuts sérologiques déclarés des usagers rencontrés au sein de ces structures (VIH et Hépatite C). En 2008, la majorité des usagers de drogues a ainsi effectué ces tests de dépistage (87,2 % pour celui du VIH et 83,8 % pour le VHC) et, parmi ceux-ci, 6 % déclarent être positifs au VIH et 28 % au VHC. Au cours de l'édition précédente de 2006, les taux de dépistage étaient à peu près similaires (84 % pour celui du VIH et 81 % pour le VHC) mais les taux de déclaration de positivité étaient plus élevés. En effet, et de la même manière que pour les données déclaratives de l'enquête PRELUD, les données obtenues parmi les usagers des CAARUD vont dans le sens d'une diminution de la déclaration de séropositivité au VIH (6,3 % versus 7,3 % en 2006) même si cette diminution n'est pas significative. Elles suggèrent toutefois une diminution significative de la prévalence de l'hépatite C (28 % versus 35 % en 2006, $p < 0,01$).

Cette décroissance de séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes de moins de 25 ans (séropositivité déclarée pour le VIH respectivement de 2,6 % et 0,5 % en 2006 et 2008 et de 14,9 % et 10,1 % pour le VHC sur ces mêmes années).

Les femmes ont déclaré avoir effectué plus souvent un test de dépistage en 2008 que les hommes que ce soit pour le VIH (88,6 % d'entre elles versus 86,8 % des hommes dans la vie) ou le VHC (85,3 % versus 83,3 %). Elles ont d'ailleurs effectué ces tests de manière plus récente (moins de 6 mois) que les hommes pour le VIH (47,6 % d'entre elles versus 39,7 % des hommes) comme pour le VHC (47,6 % versus 40,7 %).

Les résultats de ces tests sont d'autre part plus souvent positifs chez les femmes pour le VIH (6,5 % versus 5,9 %) contrairement au VHC (25,5 % versus 28,4 %).

Comme pour l'enquête PRELUD⁷⁵, la part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au cours du temps puisqu'ils sont 13 % en 2008 versus 16 % deux ans plus tôt pour le VIH dans ce cas et 16 % versus 19 % pour le VHC.

La grande majorité des personnes séropositives pour le VIH (90 %) a consulté au moins un médecin au cours des 12 derniers mois pour cette affection en 2008 et 78 % ont bénéficié d'un traitement dans ce cadre sur la même période (versus 68,5 % en 2006). Concernant les sujets séropositifs au VHC, 70 % ont consulté un médecin au cours de cette même période mais, contrairement au VIH, seuls 28 % ont bénéficié d'un traitement pour cette pathologie. Ce résultat apparaît toutefois comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 où 22,5 % avaient alors reçu un traitement.

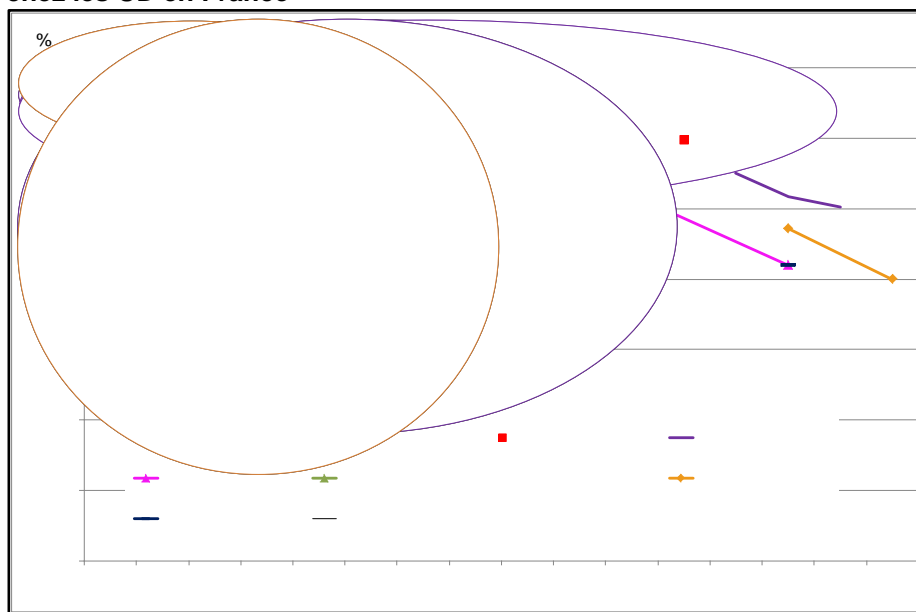
⁷⁴ L'édition de 2006 avait porté sur 3 349 usagers vus au travers de 114 CAARUD

⁷⁵ 10 % des usagers de drogues vus dans l'édition PRELUD 2006 avaient déclaré n'avoir jamais pratiqué de test de dépistage pour le VIH en 2006 versus 18 % en 2003 (enquête Première ligne) et 16 % n'avoir jamais pratiqué de test pour le VHC versus 21 % 3 ans plus tôt.

Synthèse

En ce qui concerne le VHC, il semblerait que, depuis le début des années 2000 soit observé un fléchissement de la prévalence de cette infection chez les usagers de drogues injecteurs (Graphique 6.1) Ceci peut s'expliquer par différents facteurs : l'impact des différentes mesures de santé publique prises en France, l'accessibilité plus grande des traitements, le plus grand accès au dépistage mais aussi par les évolutions des pratiques de la plupart des usagers de drogues.

Graphique 6-1 : Evolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France



Sources :

UDI/CSSTH : Usagers de drogues injectables en hébergement

UD/CSST-ambulatoire : Usagers de drogues pris en charge en centres de soins spécialisés

UDI / RECAP/CSST : Usager de drogues pris en charges en centres de soins spécialisés

UDI/TREND/CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant de structures de bas seuil (CAARUD)

UDI/ENa-CAARUD : Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD

UDI/PES : Usagers de drogues injectables utilisant un PES (programme d'échange de seringues)

UIDS /Coquelicot : Usagers de drogues injectable ou en sniff, données biologiques

UDI/TREND bioPRELUD Usagers de drogues injectables utilisant les CAARUD, données biologiques

Un plan national de lutte contre les hépatites virales B et C⁷⁶ a d'autre part été lancé en France par le ministère de la Santé en 2009 et prévoit des actions sur 4 années (2009-2012). Il comporte 5 grands objectifs : le renforcement des actions de prévention pour réduire le nombre de nouvelles contaminations possibles, le renforcement des actions de dépistage⁷⁷ et de l'accès aux soins, la mise en place de mesures complémentaires et adaptées au niveau carcéral (en termes de dépistage notamment) et l'amélioration des connaissances épidémiologiques sur le champ.

Comorbidités psychiatriques

Les usagers de drogue se perçoivent pour près de la moitié d'entre eux en mauvaise santé psychique (selon 45 % de ceux vus au travers des CAARUD en 2006) et cette impression s'accroît avec l'âge (38 % des moins de 25 ans l'expriment versus 46 % des 25-34 ans et 49

⁷⁶ Il fait suite à deux autres plans: Plan 1999-2002 de lutte contre l'Hépatite C et le Plan 2002-2005 de lutte contre les hépatites B et C

⁷⁷ Passer de 57 % à 80 % de personnes ayant connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C et de 45 % à 65 % pour l'hépatite B

% des plus de 35 ans). Les usagers évoquent des symptômes dépressifs ou anxieux, des pulsions suicidaires voire des épisodes délirants. Près d'un quart des hospitalisations au cours des 12 derniers mois mentionnées par les usagers des CAARUD sont liés à des problèmes psychiatriques en 2008 en particulier parmi les femmes (30,1 % ont été hospitalisées pour de tels motifs versus 21,5 % des hommes).

6.2.2. Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas de système d'information spécifique en France renseignant, parmi les usagers de drogue, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose ni d'éventuelles maladies sexuellement transmissibles.

6.2.3. Autres maladies infectieuses

Différentes manifestations en particulier infectieuses peuvent s'observer en cas d'injection de BHD ou d'autres substances. Le tableau suivant présente les différentes manifestations en particulier infectieuses possiblement observées parmi les usagers de CAARUD vus en 2006 (enquête PRELUD)

Tableau 6-5 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n=239)	Autre(s) produit(s) (n=232)	Ensemble (n=471)
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 %*
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 %*
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 %*
Gonflements des mains et avant bras	43 %	30 %	37 %*
Gonflements des pieds ou jambes	16 %	12 %	14 %
Poussières (poussées fébriles)	31 %	24 %	27 %

* différence significative avec un risque d'erreur <1%

6.2.4. Données comportementales

Des données sur l'injection peuvent être trouvées dans le chapitre 4 (données issues des CAARUD).

Si la plupart des usagers de drogues ont intégré la notion de non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient ainsi le produit en groupe et le « pomperaient » à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue et celle-ci ayant pu être déjà utilisée. Un peu moins d'un usager sur 10 (9,3 %) vu dans les CAARUD en 2008 dit ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, tout comme 17,9 % la cuillère, 14,3 % le filtre, 16,7 % l'eau de préparation et 10,1 % l'eau de rinçage. Ils étaient au total 24,9 % à avoir partagé au moins un matériel d'injection au cours du mois. Ces valeurs sont toutes supérieures aux taux de partage du matériel estimés en 2006 au cours de la première édition de l'enquête ENa-CAARUD mais seuls les écarts concernant le partage de l'eau de préparation et celui d'au moins un élément du matériel sont statistiquement significatifs.

Selon le dispositif TREND, l'accroissement des contrôles d'usagers par les forces de l'ordre induirait l'adoption de comportements d'usage à risque. Les risques infectieux seraient en effet amplifiés par la nécessité pour certains usagers de consommer très vite le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur eux. Refoulés des espaces de vente par les dealers, ces sujets injecteraient dans des espaces peu propices (parking, cages d'escalier). Ces injections précipitées, souvent infructueuses et recommencées plusieurs fois, seraient à l'origine d'un possible manque de matériel stérile ce qui induirait donc d'éventuels partages. Le port de matériel de consommation, marqueur d'usage, pouvant déboucher sur une fouille par les forces de l'ordre serait également évité par les usagers les plus vulnérables.

Ces pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. Les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent en effet, selon l'élément de matériel concerné, entre deux et trois fois plus que ceux d'au moins 35 ans ($p < 0,01$).

De plus, selon les données de l'enquête ENA-CAARUD, les femmes à âge identique et précarité égale, partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes ($p < 0,01$). Plusieurs études font état récemment de prise de risques plus importantes chez les femmes (JAUFFRET-ROUSTIDE, M. et al. 2006; CADET-TAIROU, A. et al. 2010) en particulier chez les plus jeunes.

Plusieurs sites TREND ont d'autre part décrit depuis 2002 des populations de jeunes désaffiliés dépourvus de tout soutien familial et institutionnel ou de jeunes migrants totalement démunis en provenance le plus souvent d'Europe de l'Est. Ces usagers adoptent le plus souvent des conduites d'usage radicales (polyusage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins. La nouvelle génération des usagers précaires (moins de 25 ans) est donc celle qui cumule les risques sanitaires du fait d'un plus grand partage de matériel d'injection et d'un plus grand recours à la prostitution (Rahis et al. 2010).

TREND relève aussi une fréquentation plus marquée des événements festifs techno par les usagers injecteurs. Fortement rejetée par la culture techno, la pratique de l'injection tend pourtant à devenir progressivement plus visible en marge des rassemblements musicaux alternatifs les moins encadrés. Elle y demeure cependant un phénomène marginal, concernant une population plutôt précarisée dont les consommations de substances psychoactives ne sont pas cantonnées au champ de la fête. Cette pratique pose de nouveaux enjeux à la réduction de risques : conditions sanitaires totalement inadéquates, usagers très ignorants des procédures de RDR et difficultés pour les acteurs de la Réduction des risques en milieu festif à être présents sur l'ensemble d'une scène techno de plus en plus éclatée en de petites manifestations non annoncées publiquement (Sudérie et al. 2010)

Enfin, une étude a été menée en 2007 pour l'OFDT au sein des milieux festifs gays de Paris et de Toulouse. L'étude visait entre autres objectif à comprendre le lien, constaté sur un plan statistique, entre usages de substances psychoactives et comportements sexuels à risque parmi les personnes qui fréquentent ce milieu festif homosexuel masculin (Fournier et al. 2010). Les résultats de cette étude sont abordés dans le cadre des données sur les populations spécifiques (chapitre 2-4)

6.3. Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

En 2008, plus du tiers des usagers des CAARUD se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé physique (35 % en 2006) et cette proportion reste stable entre 2001 et 2008. Si la morbidité infectieuse est la plus fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès) existent également des problèmes traumatologiques (fractures, violences, accidents) ou de peau et de dents (mycoses, plaies, ulcères...) ou encore des pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhée...) ou cardiaque (BELLO, P.-Y., Cadet-Taïrou, A., Halfen, S., 2010). En 2008, 38 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, cette part atteignant 44 % des femmes et 37 % des hommes.

6.3.1. Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues

Les usagers interrogés en 2008 dans le cadre de l'étude ENA-CAARUD sont 7,4 % (soit 224) à déclarer avoir connu une perte de connaissance après absorption de produits psychotropes au cours des douze mois précédents (CADET-TAIROU A. et al. 2010).

Dans un peu plus de la moitié des cas (52,1 %) où un produit est renseigné, les personnes nomment au moins deux produits (classés) et dans 21,8 % des cas ils en citent trois.

Le premier produit présumé en cause (N=211), selon l'usager, est l'héroïne dans 21,3 % des cas, l'alcool pour 19,0 %, puis la cocaïne (18,5 %). Les benzodiazépines sont également citées dans 11,8 % des cas, les autres substances ne dépassant pas 4 %.

Les benzodiazépines sont les plus fréquemment citées en deuxième (n=110) et troisième produits (N=46) (27,3 % et 26,1 %) de même que la cocaïne et l'alcool.

Si l'on ne tient pas compte des hiérarchies, quatre produits sont mis en cause dans les « surdoses » définies par les usagers avec des fréquences très proches les unes des autres (entre 25 % et 30 %) : dans l'ordre des fréquences descendantes, les benzodiazépines, l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. Les autres substances affichent des fréquences de citations beaucoup plus faibles et situées entre 7,6 % (BHD) et 0,4 % (GHB, poppers, colles/solvants).

6.4. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues

6.4.1. Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)

Les surdoses mortelles liées aux usages de drogues sont présentées dans le tableau suivant. Les données du registre de mortalité (CépiDc) portant sur le traitement des certificats de décès respectent la sélection B⁷⁸ de l'OEDT, même si les codes T prônés sont très rarement appliqués en France. A noter le décalage croissant entre l'ensemble des décès recensés et ceux concernant les 15-64 ans, dû en grande partie aux décès de personnes âgées suivant un traitement palliatif (décès codés le plus souvent sous la rubrique X42).

Tableau 6-6 : Décès par surdoses en France selon trois sources

Année	OCRTIS (police)	Registre de mortalité			DRAMES (laboratoires)
		(définition OEDT, sélection B)			
		Ensemble	15-64 ans	15-49 ans	
2000	120	248	225	219	101
2001	107	274	243	232	Na
2002	97	244	225	208	74
2003	89	233	212	204	64
2004	69	268	239	226	86
2005	57	303	264	241	68
2006	na	305	275	260	168
2007	93	333	287	260	192
2008	na	374	322	298	217

Nd : non disponible. Sources : OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports

L'augmentation des surdoses constatée en 2006 par les données DRAMES s'explique par le nombre croissant d'instituts médico-légaux et de laboratoires participant au recueil. Ce nombre est demeuré presque stable depuis cette date, ce qui permet de conclure à une tendance à l'augmentation du nombre de décès par surdoses entre 2006 et 2008. Cette source fournit également une information précieuse sur les substances utilisées, dans la mesure où elle repose entièrement sur les résultats d'analyses toxicologiques.

Les données du registre de mortalité (INSERM) confirment la tendance à la hausse du nombre de surdoses mortelles constatées depuis 2003. Le total inclus très certainement des cas dits faux positifs, comme les surdoses provoqués par des traitements opiacés antalgiques prescrits chez les personnes âgées. Cette hausse est cependant confirmée même en

⁷⁸ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview>

restreignant les groupes d'âges. Plusieurs facteurs expliquent cette tendance : disponibilité accrue de substances (héroïne en particulier) ; baisse des prix (cocaïne) ; nouveaux usagers inconnus des centres de soins et peu sensibilisés à la réduction des risques ; pratiques et usages plus risqués par peur d'une interpellation, etc. (CADET-TAIROU, A. et al. 2010). A noter enfin que la part des femmes s'est réduite : elles représentaient 19 % des décédés en 2000 et 15 % en 2008.

En 2008, les substances illicites sont en cause, en tant que produit principal, dans un peu plus de la moitié des cas (52 %), les traitements de substitution dans près de 39 % des cas et les médicaments opiacés (hors substitution) dans près de 9 % des cas. Globalement, les opiacés sont principalement en cause dans 84 % des cas et la cocaïne, seule ou associée à d'autres produits, dans environ 14 %. Entre 2006 et 2008, l'accroissement du nombre de surdoses s'explique par l'augmentation du nombre de décès par surdose d'héroïne (+ 20 cas), et de méthadone (+ 32 cas).

Tableau 6-7 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2006-2008, données DRAMES

	2006		2007		2008	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Héroïne seule ou en association	59	35,1	69	35,9	79	36,4
Cocaïne seule ou en association	31	18,5	39	20,3	30	13,8
Autres substances illicites, seules ou en association	5	3,0	2	1,0	4	1,8
Méthadone seule ou en association	31	18,5	61	31,8	63	29,0
Buprénorphine seule ou en association	20	11,9	11	5,7	21	9,7
Autres médicaments opiacés, seuls ou en association	18	10,7	10	5,2	19	8,8
Autres	4	2,4	0	0,0	1	0,5
Total	168	100,0	192	100,0	217	100,0
Nombre de services participants		16		18		19

Source : AFSSAPS. Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

L'augmentation du nombre de décès par surdoses dans la seconde moitié des années 2000 est confirmée par les trois sources. Plusieurs facteurs concourent à expliquer cette tendance :

- La disponibilité accrue de l'héroïne dont le prix au détail a baissé (et qui bénéficie auprès des usagers d'une perception moins négative qu'il y a une dizaine d'années), s'accompagne d'une diffusion de son usage parmi les populations insérées et festives.
- La faible expérience de ces populations, et leur méconnaissance des substances, de leurs dangers et de leurs modes de consommation, se traduisent par des conduites plus risquées (Cadet-Taïrou et al. 2010b).
- La circulation plus fréquente d'échantillons d'héroïne de pureté supérieure à 30 %, dans un marché dominé depuis plusieurs années par une héroïne de très mauvaise qualité (voir chapitre 10), est également en cause.
- Enfin, la généralisation des pratiques de polyconsommation tant dans la sphère festive que parmi les usagers les plus précaires, rend la maîtrise des effets et des quantités absorbées plus difficile.

6.4.2. Mortalité et cause des décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)

Suite aux recommandations de l'OEEDT, une enquête de cohorte prospective est en cours de réalisation (voir le thème choisi en fin de rapport). Elle s'appuie sur la participation volontaire de centres de traitement (ambulatoires et hospitaliers) ainsi que certaines structures de

réduction des risques présentes sur l'ensemble du territoire français. Pour des raisons d'identification et de suivi des individus, cette enquête requiert une levée totale de l'anonymat. Cette demande a entraîné un refus de participer d'un certain nombre de structures de réduction des risques, fortement attachées à ce principe difficilement acquis. A ce jour, plus de la moitié des usagers sollicités a décliné toute demande de participation. Le questionnaire passé dans le cadre de cette enquête est une adaptation du questionnaire RECAP (protocole du *Treatment Demand Indicator* adapté au contexte français), que les structures participantes connaissent bien. Cette enquête a reçu l'avis favorable de la CNIL en septembre 2009. La passation a débuté en décembre 2009 et devrait s'étendre jusqu'à la fin 2010.

6.4.3. Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues

Il n'existe à ce jour aucune source d'information en France permettant de renseigner cette demande spécifique. Il est à noter que les principales institutions concernées cherchent avant tout à établir un consensus quant aux causes directes et une mesure uniforme des prévalences des surdoses mortelles. La question des causes indirectes n'apparaît pas actuellement comme un thème de première importance.

7. Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

7.1. Introduction

Le dispositif de réponse aux problèmes de santé des usagers de drogues au cours des deux dernières décennies s'est largement concentré et structuré autour des maladies infectieuses transmissibles par injection (VIH et hépatites) (BELLO, P.-Y., Cadet-Taïrou, A., Halfen, S., 2010). C'est pourquoi, les actions les plus anciennes et les mieux structurées concernent avant tout la lutte contre ces pathologies (point 2). Sur ce thème, les mesures visent les différentes étapes du processus morbide : la prévention primaire avec la réduction des risques, la prévention secondaire avec l'incitation au dépistage et à la prise en charge précoce et enfin le traitement avec l'amélioration de l'accès à celui-ci et de son suivi par les usagers. Les autres pathologies liées à l'usage de drogues, comorbidités psychiatriques, ou survenue d'incidents aigus par exemple, n'ont pas bénéficié jusqu'ici de réponses spécifiques des pouvoirs publics.

A l'exception des traitements de substitution^{79 80}, l'évolution de l'offre en termes de soins et de RDR n'a pas été suivie de manière très précise en France jusqu'à récemment, en raison de difficultés d'accès aux données. Cependant des indicateurs existent permettant de surveiller la couverture géographique des services spécialisés pour les usagers de drogues. Deux enquêtes menées par l'INPES dans un échantillon de pharmaciens et de médecins permettent de mesurer la densité des professionnels (pharmaciens et médecins) contribuant à la RDR ou aux soins (Baromètre santé pharmaciens, Baromètre santé médecins).

Prévention de la survenue des situations d'urgences médicales et des décès liés à l'usage de drogues.

Jusqu'aux années 2008-2009, il n'existe pas en France de politique nationale ou d'interventions spécifiques visant la réduction des pathologies aiguës sérieuses et des décès liés à l'usage de drogues. L'accès aux traitements de substitution ainsi que le dispositif de réduction des risques (accès au matériel stérile d'injection dans les pharmacies, programmes d'échange des seringues, lieux d'accueil, de prévention et d'accès aux soins et aux droits sociaux, dans les structures dite « de bas seuil »...) apparaissent alors comme des moyens indirects de prévenir la mortalité liée à l'usage d'opiacés. La diffusion de l'usage de la buprénorphine haut dosage qui provoque relativement peu de surdoses, en lieu et place de l'héroïne, y compris en mésusage, est en effet considérée comme une des causes de la diminution du nombre des surdoses entre 1994 et 2003 en France.

A partir de la période 2008-2009, deux modalités d'actions spécifiques se construisent :

1) Le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs dont la construction a été initiée dès 2006, devient opérationnel et connaît une montée en charge de son activité.

Il inclut au plan national, la DGS (bureau des addictions et cellule de gestion des alertes), l'InVS, l'AFFSAPS, l'OFDT, la MILDT, les réseaux locaux de chacune de ses institutions (hôpitaux, médecins, centres de soins spécialisés, cellule de veille régionale, structures de bas seuil, pharmaciens...) et leurs réseaux internationaux (Early warning system, Centre européen de contrôle des maladies infectieuses).

Son objectif est de repérer, d'analyser et de répondre rapidement à :

⁷⁹ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR : SJSP0830130C.

⁸⁰ Cadre légal des traitements de substitution : voir chapitre 1

- des signaux liés à des cas humains (décès, symptômes, syndromes ou pathologies inhabituels, éventuellement regroupés dans le temps et l'espace, ayant un lien évident ou suspecté avec l'administration ponctuelle ou répétée d'un produit ou d'une association de produits psychoactifs) ;
- ou des signaux liés à des produits : produit psychoactifs, ou association de produits psychoactifs, en circulation, saisis ou déjà consommés, présentant un caractère atypique ou dangereux susceptible d'entraîner un risque vital ou des conséquences sanitaires graves (présence d'adjuvants particuliers, degré de pureté, nouveauté du produit ou de l'usage...).

Après analyse du signal, la réponse peut aller de la simple veille à l'alerte sanitaire sur la toxicité des produits circulant ou le rappel du danger lié à certaines pratiques à risque (Lahaie E. 2009)

2) Des outils spécifiques de prévention des décès liés à l'usage de drogues, en cours d'élaboration.

La recrudescence des décès liés à l'usage de drogues, notamment liés à l'héroïne (voir chapitre 6) a été l'occasion d'une prise de conscience par les autorités sanitaires d'un élargissement progressif de l'usage d'héroïne vers des populations plus jeunes, plus insérées socialement et surtout très peu informées des risques liés aux prises d'opiacés et des mesures de réductions de ces risques. Ainsi, l'INPES travaille actuellement avec des professionnels du champ à l'élaboration de plaquettes ou de flyers d'information visant spécifiquement la prévention des surdoses. Un collectif d'associations de RDR et d'auto support a également produit un outil d'information à destination des usagers de drogues (UD).

Les outils de suivi de ces actions, outre les indicateurs de résultats non spécifiques exposés dans le chapitre 6 (nombre de surdoses, part des usagers des CAARUD déclarant avoir connu une surdose non mortelles dans l'année précédente etc.) n'ont pas été définis. Actuellement, l'activité de la cellule d'alerte peut être imparfaitement restituée par le nombre de dossiers annuels traités ou par le nombre d'alertes lancées vers le public ou les professionnels.

Prévention et traitements des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues a d'abord visé le seul VIH, jusqu'à l'élaboration, pour les années 1999-2002, du premier plan national de lutte contre l'hépatite C. Les mesures de prévention y concernent essentiellement les UD qui constituent la grande majorité des nouveaux cas en France. Ce plan contient déjà des mesures visant la prévention, le dépistage, l'accès au traitement et l'amélioration des prises en charge. Avec la chute de la prévalence de l'infection à VIH chez les UD, la lutte contre les hépatites virales chez ces derniers devient une préoccupation centrale. Le plan 2002-2005 intitulé « Programme national hépatite B et C » intègre en plus l'hépatite B. En décembre 2008, dans l'attente d'un nouveau plan, des mesures sont prises, notamment pour sensibiliser les professionnels de santé à la vaccination des sujets à risques, dont les UD⁸¹. Le nouveau plan (2009-2012) s'inscrit dans les mêmes axes, mais identifie plus largement les groupes à risques, de manière à mieux les atteindre. La prévention vise ainsi également les populations les plus précaires, notamment les populations migrantes. Le plan 2009-2012 prévoit en outre de travailler **sur la prévention de la première injection**. Par ailleurs, il intègre les contaminations possibles par des usages de drogues par voie nasale ou fumée, alors que jusqu'alors le dispositif préventif français s'en était peu préoccupé.

Les mesures de prévention consistent en France en :

⁸¹ En France, la vaccination contre l'hépatite B n'a jamais été obligatoire, mais a donné lieu à des campagnes de promotion de celle-ci chez le nourrisson et l'adolescent jusqu'en 1998. Après l'arrêt de cette campagne, le niveau général de vaccination a eu tendance à chuter. En 2004, il s'élevait à 29 % chez le nourrisson de 24 mois et à 42,4 % chez l'adolescent de 15 ans (BEH 2009 20/21 encadré 1).

1) La politique de réduction des risques⁸²

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues constitue la partie essentielle de la politique de réduction des risques en France. Cette politique s'appuie sur :

- La distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique⁸³. Des seringues et des kits d'injection vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD) ou par le biais d'automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administrations autres que l'injection, avec l'apparition des kits-snif et du kit-base destiné à fumer le crack. Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à l'usage) contribue à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH ;
- La diffusion de l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et la promotion de l'éducation à la santé ;
- Et enfin, la diffusion des traitements de substitution à partir de 1995 (voir chapitre sur les traitements) qui visent en premier lieu à diminuer l'injection en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues permettant d'établir une relation.

Le dispositif de RDR repose essentiellement sur les pharmacies de ville (vente de matériel) ; le dispositif médico-social spécialisé constitué par les CAARUD ; le dispositif associatif non médicosocial. Il est impliqué essentiellement en milieu festif et dans la gestion des automates d'échange de seringues et enfin des dispositifs municipaux surtout impliqués dans la gestion des automates de distribution de seringues (un tiers des dispositifs en France).

Les points d'accès aux traitements participent également à la réduction des risques soit directement (information, matériel...) soit indirectement (information, traitements de substitution).

2) L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et la facilité d'accès à ce dépistage.

Le plan prévoit de mener des actions plus systématiquement dans toutes les structures fréquentées par les usagers de drogues, mais aussi d'informer sur l'utilité du dépistage et l'efficacité des traitements dans les lieux fréquentés par les populations précaires, les populations d'origine étrangère. Elle prévoit également une campagne d'information dirigée vers la population générale et vers les professionnels de santé.

On note qu'alors que le dépistage de l'infection à VIH et de l'infection à VHC sont prises en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique à VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

Un objectif est de réduire la part des cas où la pathologie est déjà très avancée au moment du dépistage positif.

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuits). En 2006, il existe en France 307 CDAG, auxquels s'ajoutent 73 antennes de CDAG en prison. Les usagers peuvent s'y rendre, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe également des initiatives locales du dispositif de RDR ou de soins pour organiser les prélèvements directement dans leurs structures. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins traditionnel.

⁸² Cadre légal de réduction des risques : voir chapitre 1

⁸³ décret de 1987 sur la vente libre de seringues en officine, circulaire du 15/09/1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox, décret de mars 1995 donnant les bases juridiques appropriées aux PES et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations, lettre DGS d'octobre 1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'accès au matériel => Art. D. 3121-27 du code de santé publique

3) L'incitation à la vaccination contre le VHB.

Outre la poursuite de l'incitation à la vaccination des personnes à risque (notamment dans les centres de soins et les structures de RDR), le nouveau plan prévoit de relancer la vaccination de la population générale, chez les nourrissons et les adolescents.

Après plusieurs années de non disponibilité, les données permettant le suivi des quantités de matériels d'injection délivrées aux UD sont de nouveau collectées par l'OFDT, à partir des ventes de seringues de la société *Beckton-Dickinson* aux pharmacies, du système d'information basé sur les rapport standardisé annuel des CAARUD (ASA-CAARUD, voir annexe VI-V) piloté par l'OFDT et le ministère de la Santé et des évaluation produites à diverses associations distribuant des seringues.

Le système d'information constitué par ces rapports d'activité des CAARUD permet également le suivi de l'activité déployée visant la prévention des pathologies infectieuses à travers le nombre de préservatifs distribués, le nombre d'actes annuel moyen par usager des CAARUD concernant l'accès au dépistage des pathologies virales et à la vaccination contre l'hépatite B.

Le suivi de la politique d'accès au dépistage est basé principalement sur l'enquête ENA-CAARUD réalisée tous les deux ans par l'OFDT parmi les usagers de ces structures. La part des usagers ayant déjà réalisé des dépistages pour le VIH ou le VHC est maintenant très haute (au-delà de 85 %) et le point important se situe dans la répétition de ces dépistages. L'OFDT en assure le suivi en mesurant également la part des usagers dont le dernier résultat négatif date de moins de 6 mois.

Si des mesures ont été réalisées, certains indicateurs ne sont pas disponibles avec une régularité suffisante comme la part des UD séropositifs pour le VHC (ou le VIH) ignorant cette séropositivité. L'enquête Coquelicot menée par l'InVS en 2004 avait trouvé qu'une part importante des UD positifs aux VHC ignorait cette séropositivité (27 %) (JAUFFRET-ROUSTIDE, M. et al. 2006). De même, la mesure de la connaissance par les UD de leur statut vis-à-vis du virus de l'hépatite B (vacciné, contaminé, guéri ou non...) a été réalisée en 2006 dans l'étude PRELUD (OFDT) sans être réitérée ensuite (CADET-TAÏROU et al. 2008a).

Enfin, la facilitation de l'accès au traitement des personnes infectées constitue le point principal du versant « traitement » mais également une mesure de réduction des risques pour les usagers non encore infectés.

Des mesures ministérielles émises en décembre 2005 ont créé « le parcours coordonné de soins pour l'hépatite C » organisé autour de pôles de référence hospitaliers, pour améliorer le lien entre le médecin de ville et la médecine spécialisée, de même que la qualité de la prise en charge et de la vie des malades. Un guide « médecin » pour l'hépatite C a été produit par la Haute autorité de santé (HAS) en 2006 et doit être actualisé tous les trois ans. Un guide hépatite B doit suivre.

Une attention particulière sera portée à l'usage d'alcool chez les cas dépistés positifs.

La prévention des maladies infectieuses est également prévue pour les usagers de drogues en prison. Le nouveau plan hépatite considère la prévention en prison comme un de ses cinq axes stratégiques (voir chapitre concernant les usagers incarcérés).

Réponses aux autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

Les autres conséquences sanitaires de l'usage de drogues ne donnent pas lieu à des réponses spécifiques en France. Les centres spécialisés pour les usagers de drogues et les structures de RDR ont pour mission de faciliter l'accès aux soins dont certains peuvent parfois être trouvés sur places (soins cutanés...). L'activité développée par les CAARUD dans ce sens peut être mesurée. Par ailleurs, les UD utilisent le système de soins général (urgences, hôpitaux, médecins libéraux).

Pour les populations économiquement défavorisées un accès aux soins est possible grâce à la Couverture maladie universelle (CMU). Les étrangers en situation irrégulières peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'Etat (AME) s'ils en font la demande. Néanmoins certains

usagers très précaires ne disposent plus de document attestant de leurs droits. Certains mineurs, encore couverts par leurs parents avec qui ils n'ont plus de liens se trouvent également dépourvus d'assurance. Ainsi, une faible part des usagers des CAARUD (autour de 5 %) ne bénéficient d'aucune couverture sociale (ENa-CAARUD).

Quant aux comorbidités psychiatriques des UD, leur prise en charge constitue en France un problème non résolu. En effet, même si le champ de l'addictologie n'est pas dépourvu de psychiatres et si certains hôpitaux psychiatriques ont développé depuis quelques années une activité de prise en charge des toxicomanes, ces initiatives restent rares et quantitativement marginales au regard des besoins. Les médecins assurant le suivi des toxicomanes éprouvent de grandes difficultés à trouver des lieux de soins adaptés pour les personnes nécessitant des prises en charge résidentielles et souvent particulièrement complexes.

Il n'existe pas d'indicateur national de suivi concernant la prise en charge des comorbidités psychiatriques.

7.2. Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues

En 2009, le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a procédé à 3 alertes publiques notamment par voie de communiqués de presse et à plusieurs communications ciblant uniquement les professionnels du champ des drogues et les associations d'usagers.

Les alertes ont particulièrement concerné les overdoses liées à la circulation d'héroïne associée à une benzodiazépine, l'alprazolam et à l'accroissement du nombre d'échantillons d'héroïne d'une pureté supérieure à 30 % sur un marché français dominé par un produit de très faible qualité.

Trois communiqués de presse ont été produits.

- Cas d'overdoses en Ile-de-France Point de situation au 22 janvier 2009⁸⁴
- Cas d'overdoses en Ile-de-France, Point de situation au 23 janvier 2009⁸⁵
- Dangers accrus liés à la grande variabilité de la composition de l'héroïne en France - 16 décembre 2009⁸⁶

Des communications locales aux professionnels sont également mises en œuvre en cas de détection de la circulation de lots d'héroïne de pureté supérieure à 30 % (par le biais des saisies et du dispositif SINTES, voir annexe VI-R).

Une alerte a été effectuée par un communiqué de presse, suite aux comas après prise de GBL/GHB, survenus de manière répétée chez de jeunes usagers dans des discothèques du sud de la France.

- Mise en garde sur la consommation de GBL (gamma-butyrolactone), 24 septembre 2009⁸⁷

D'autres signaux ont été suivis sans donner lieu à communication. L'expérience de fonctionnement de ce dispositif montre clairement l'intérêt des dispositifs de veille active tels que TREND ou SINTES qui permettent, grâce à une connaissance relativement précise des usagers, des pratiques, des contextes et des marchés, de comprendre très rapidement la portée d'un signal.

⁸⁴ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/CPHero090123.pdf>

⁸⁵ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/CPHero090126.pdf>

⁸⁶ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cp091216heroine.pdf>

⁸⁷ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cp090924gbl.pdf>

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

Parmi les données fournies dans cette section certaines sont issues d'enquêtes relativement anciennes (2003) néanmoins elles sont les seules disponibles en 2010. Les nouveaux résultats de ces mêmes enquêtes seront rendus publics en 2011.

Accessibilité de la RDR (Réduction des risques)

Afin de garantir un accès large à la RDR pour les usagers de drogues, les autorités sanitaires ont impulsé depuis ses débuts une offre de proximité qui repose essentiellement sur les officines de pharmacies, la médecine de ville et les automates. Le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) complète et développe cette offre de proximité. Les indicateurs suivants sont utiles pour apprécier la couverture effective des dispositifs en place.

Degré d'implication des professionnels du dispositif officinal et lieu d'implantation

En 2003, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, une très large majorité de pharmaciens recevait au moins un usager de drogues dans leur officine, pour des demandes de matériel (seringues ou trousse de prévention) ou des demandes de traitement de substitution aux opiacés. Les pharmaciens implantés en milieu urbain, où les problèmes de toxicomanie sont les plus présents, sont beaucoup plus sollicités par les usagers de drogues qu'en zone rurale (GAUTIER 2005).

Cette implication des pharmacies dans des activités de RDR a fortement progressé à la fin des années 1990. Néanmoins, elle reste limitée aux fonctions de base de distribution de seringues et/ou médicaments de substitution. En effet, une majorité de pharmaciens, en 2003, n'était pas prête à s'engager dans un programme d'échange de seringues.

Tableau 7-1 : Evolution de l'implication des pharmacies de ville dans la RDR entre 1999 et 2003

	1998/1999	2003
Part des pharmaciens recevant au moins 1 UD par mois dans leur officine (base sur laquelle sont calculés les autres %)	54%	85%
Parmi eux :		
Part des pharmaciens répondant à la fois à des demandes des seringues ou des trousse de prévention et à des demandes de TSO	30%	70%
Part des pharmaciens délivrant uniquement des seringues ou des trousse de prévention	5%	16%
Part des pharmaciens répondant uniquement à une demande de TSO	16%	12%
Part des pharmaciens participants à un PES	nr	6%
Part des pharmaciens prêts à participer à un PES	nr	30%
Part des pharmaciens qui refuserait de participer à un PES	nr	57%

Source : INPES, Baromètre Santé pharmaciens

En 2003, 6,1 personnes ont été vues par mois en moyenne en officine pour une demande de seringues ou de Stéribox® et 5,9 [5,3-6,5] personnes pour une demande de MSO (Médicament de substitution aux opiacés).

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

- En 2003, un tiers des médecins généralistes recevaient au moins un usager de drogues (ARENES et al. 2000)
- Ces derniers se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques. Leur profil type est le suivant : homme de moins de 41 ans qui exerce en cabinet de groupe ; dans une agglomération de population supérieure à 20 000 habitants ; plus de 10 % de sa clientèle bénéficie de l'AMG (Aide médicale gratuite) ; participe à un réseau de toxicomanie.

Tableau 7-2 : Evolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2003

	1998/1999	2003
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un UD par mois	35%	34%
Parmi eux :		
Part des MG prescrivant un TSO	78,9%*	90,3%*
BHD (Buprénorphine Haut Dosage)	71,9%*	84,5%*
Méthadone	12,6%*	26%*
Autre	13,5%*	7,4%*

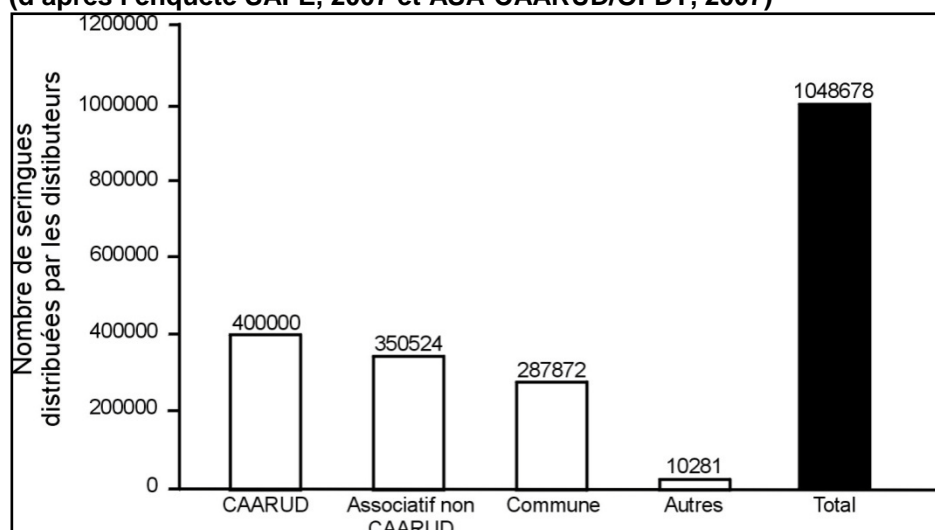
Source : INPES, Baromètre santé médecins
(* : dif. significative $p < 0.001$)

En 2003, les médecins voient en moyenne 1,6 usagers de drogues par mois [1,3-1,9] (évolution depuis 1998 non significative).

Etendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les automates délivrant des trousse d'injection type Stéribox® contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils distribuent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France) que par la nature du service offert (anonymat et accès 24h/24), ce qui leur permet d'atteindre une population différente de celle des autres dispositifs (Graphique 7-1). En 2007, on dénombrait 255 points de distribution de trousse de prévention et 224 points de collecte de seringues, répartis dans 56 départements. Un peu plus de 40 % des départements français en sont donc dépourvus. Ils ont distribué plus d'un million de seringues et récupéré plus de 600 000 seringues usagées. Ce dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des appareils sont vieillissants ou en mauvais état. (DUPLESSY-GARSON C. 2007)

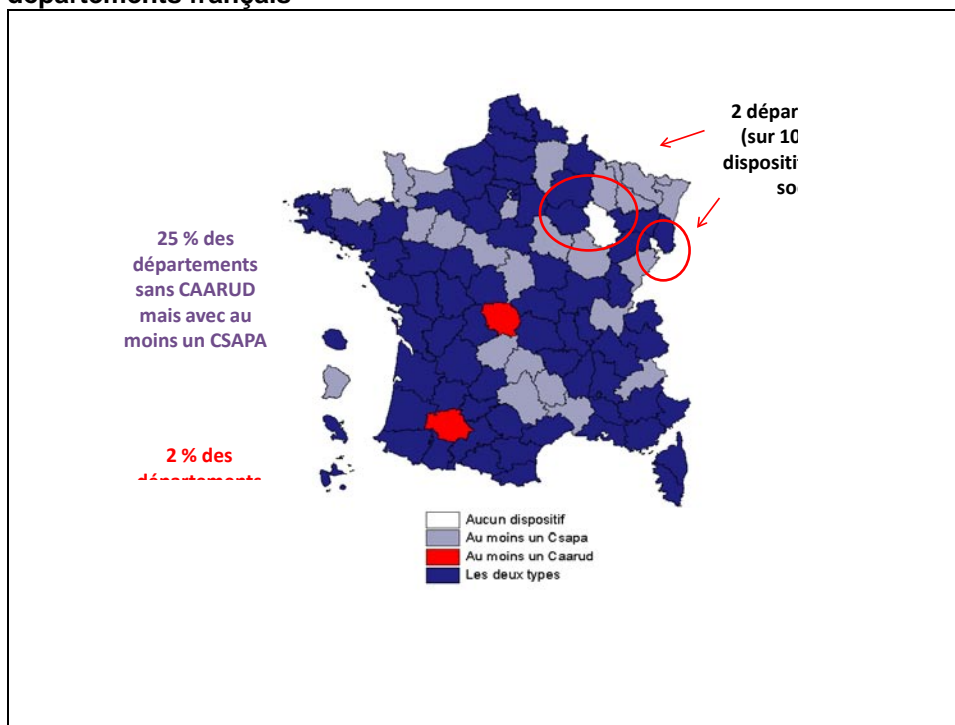
Graphique 7-1: Nombre de seringues distribuées via les automates par type d'opérateur en 2007 (d'après l'enquête SAFE, 2007 et ASA-CAARUD/OFD, 2007)



Couverture du territoire par le dispositif médico-social (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) de RDR

Le dispositif médico-social de réduction des risques couvre, en 2008, la majeure partie du territoire français. Néanmoins, 27 départements (sur 100) ne disposent pas de CAARUD, dont deux qui ne disposent pas non plus de CSAPA.

Carte 7-1: Présence des dispositifs spécialisés (CAARUD et CSAPA) dans les différents départements français



Connaissance de la RDR

Le dispositif TREND constate que les groupes d'utilisateurs qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD en milieu urbain, apparaissent peu au fait des mesures de RDR. Il s'agit en particulier des jeunes désaffiliés en errance mais aussi des utilisateurs dits « socialement insérés » qui s'initient à l'injection, des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes utilisateurs de l'espace festif (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010)

Activité de RDR des CAARUD

En 2008, 129 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes d'intervention divers. Parmi eux, 95 % proposent un accueil fixe, 66 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en squat et 40 % ont des équipes mobiles, 39 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 28 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (3,8 millions de seringues en 2008) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...).

Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence.

Plus précisément, en matière de distribution de matériel de prévention, l'activité des CAARUD en 2008 était la suivante :

- seringues : 2,3 M de seringues à l'unité et 530 000 trousse (2 seringues) données en main propre, 200 000 trousse (2 seringues) via des automates gérés par le centre ;
- petit matériel d'injection : 1,1 M de filtres dont autant de cupules, 1,7 M de fioles d'eau, 2 M de tampons alcoolisés ;
- préservatifs : 782 000, dont les préservatifs masculins représentent 91 % ;
- gel : environ 292 000 unités.

L'aide à l'accès aux TSO et aux soins en général est une des missions importantes des CAARUD :

- 83 % des CAARUD déclarent mettre en place des actions d'accès aux TSO (orientation ou suivi) ;
- sur l'ensemble des actes d'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les soins corporels constituent les actes les plus fréquemment pratiqués (35 %), puis viennent les soins infirmiers (26 %) ;
- 84,7 % des CAARUD développent des activités de promotion de l'éducation à la santé, dont 75 % des entretiens individuels et sessions d'information collectives axés sur les risques liés aux modes de contamination et aux substances.

En 2008, les CAARUD ont vu 48 000 personnes. La file active est en moyenne d'environ 200 personnes par structure mais avec des réalités très disparates : 41 structures ont une file active de moins de 200 personnes alors que seuls 11 CAARUD comptabilisent plus de 1 000 personnes⁸⁸ (CHALUMEAU 2010).

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, une de leurs missions, ne peut être précisé en l'absence de données en raison de la jeunesse du dispositif.

RDR en milieu festif

Près de quatre CAARUD sur dix ont une équipe qui travaille en milieu festif. De plus, un certain nombre d'associations mettant en œuvre des actions de RDR n'a pas rejoint le dispositif médico-social, notamment certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou des associations spécialisées. Elles n'ont pas été labellisées CAARUD pour des raisons diverses : l'absence d'un lieu fixe d'accueil, la non réalisation de l'ensemble des missions officielles du décret du 19 décembre 2005, l'absence de salariés, la lourdeur administrative, la crainte relative à un éventuel manque d'autonomie ou de capacité à l'innovation, les exigences posées par certaines DDASS pour que les associations de petite taille ou celles qui ne mettent pas en œuvre l'ensemble des missions du référentiel soient regroupées, etc. C'est essentiellement le cas d'associations de RDR intervenant en milieu festif.

Il n'existe aucun élément global de connaissance permettant de confronter l'offre au besoin des usagers en milieu festif. Sur un plan qualitatif, le dispositif TREND a observé depuis la publication en 2002 du décret dit « Mariani et Vaillant »⁸⁹, qui précise les modalités d'organisation des fêtes, un éclatement de la scène festive non commerciale en de multiples petites free parties, non déclarées, se tenant sans publicité dans des lieux annoncés au dernier moment à des cercles d'initiés. Ces fêtes sont de moins en moins accessibles aux associations de RDR qui ne peuvent se démultiplier.

Depuis 2007, le renforcement très important des contrôles autour ou à l'intérieur de fêtes déclarées aurait accentué cette tendance. Le travail des acteurs de la RDR, parfois contrôlés au même titre que les participants à la fête, n'en serait pas facilité.

Ainsi, les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé et de la capacité des intervenants à être présents et à organiser leur intervention (Tableau 7-3) (REYNAUD-MAURUPT et al. 2007). Lorsqu'il s'agit des soirées qui ont lieu dans la sphère privée, leur existence peut échapper très facilement aux intervenants de la RDR. C'est donc lorsque l'initiative est prise par les organisateurs de l'événement que les associations peuvent se mobiliser pour mettre en place des actions spécifiques. Elles prennent la forme des activités de promotion et de distribution du matériel d'information (dépliants sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention) et/ou des outils

88 Pour une description de la file active, voir chapitre 4.

89 Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant)

RDR. S'agissant des événements festifs publics, s'ajoutent aux interventions d'information et de délivrance du matériel de prévention, la distribution de boissons et nourriture, la mise à disposition d'espaces d'accueil et d'écoute, espaces d'apaisement et de réassurance ou encore la dispensation des actions de premiers secours. L'analyse de produit sur site, lorsqu'elle est utilisée, est un moyen pour les intervenants du milieu festif de rentrer en contact avec les usagers de drogues.

Tableau 7-3 : Activités de prévention en milieu festif

Type d'événement	Principales interventions	Population
Free party : événement festif de moins de 500 personnes ou rave « payante » (sans autorisation préfectorale)	Flyers en téléchargement pour les participants et les organisateurs et possibilité de commande de matériel RDR Si connaissance d'une telle soirée : dépliants d'information et matériel (« flyage »)	Initiés de la musique Tekno, publics insérés
Free party « légale » : événement festif « multisons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « chill out »	Part important de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un village « RDR » voir plusieurs : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, CCM	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'UDIV
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival ...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), « stand » ou « chill out » mobile	Beaucoup de très jeunes

Source : OFDT à partir des rapports d'activité de Techno+ et de l'enquête quanti-festif 2004-2005 (OFDT/GRVS)

Disponibilité du matériel d'injection, de fumette et de sniff

On peut estimer, en rassemblant les différentes sources d'information, que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Si on rapporte cette donnée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), on obtient un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (COSTES, J.-M. et al. 2009). Ce chiffre, qui ne doit être pris que comme un ordre de grandeur, pourrait indiquer une assez grande accessibilité en France aux seringues pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Toutefois, en l'absence d'évaluation fiable des besoins d'une part et, compte tenu des disparités géographiques probables d'autre part (zones rurales notamment), cette donnée reste difficile à interpréter. Les pharmacies jouent en cette matière un rôle central.

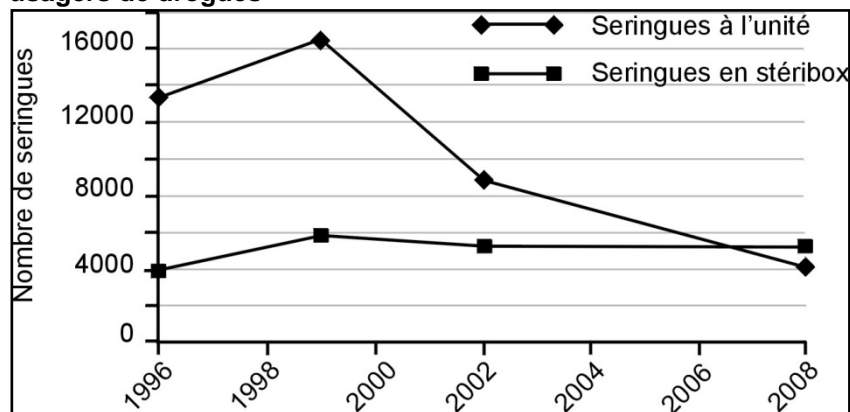
Tableau 7-4 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les Carus et les automates en 2008

2008	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : à l'unité	4,3
Pharmacie : en Stéribox®	5,2
CAARUD : à l'unité	2,3
CAARUD : en Stéribox®	1,0
Automates (données 2007)	1,0
Total	13,8

Source : d'après l'OFDT, données InVS, GERS, Becton Dickinson, Asa-Caarud, SAFE

A la suite de la forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes des seringues aux usagers de drogues en pharmacie diminuent sensiblement depuis. Cette baisse importante n'est que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. En effet ces derniers ne contribuent encore actuellement que pour moins d'un quart de l'ensemble des seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Graphique 7-2 : Evolution du nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie aux usagers de drogues



Source : OFDT d'après données InVS, GERS, Becton Dickinson

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la baisse du nombre de seringues diffusées auprès des usagers de drogues au cours des dix dernières années.

Une hypothèse positive serait la baisse du nombre d'injections liée à une moindre entrée des nouveaux usagers de drogues dans l'usage de drogues par voie intraveineuse, du fait de l'utilisation préférentielle d'autres modes d'usage (sniff et voie fumée). Ces modes d'absorption des produits sont très largement prédominants chez les usagers de drogues entrés en contact avec les drogues par le milieu festif et ont été adoptés par une part des usagers précaires.

Une autre explication serait peut-être une sortie des usagers de drogues de l'usage intraveineux du fait de la diffusion de la substitution ou pour certains, une diminution de la fréquence des injections, celles-ci n'étant plus utilisées que de manière occasionnelle. Ainsi, si l'on a observé un accroissement du nombre d'usagers de drogues entre 1999 et 2005, la part des injecteurs semble être globalement décroissante dans les populations d'usagers de drogues, à l'exception de certains groupes spécifiques (BELLO, P.-Y., Cadet-Tairou, A., Halfen, S., 2010; CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010).

Une hypothèse négative serait la reprise des comportements de partage et de la réutilisation des seringues qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

Par ailleurs, en 2008, 28 500 pipes à crack ont été distribuées par les CAARUD. Pour 80 % d'entre elles, elles l'ont été dans les structures de la région parisiennes et en Guyane.

Enfin, 197 000 outils pour sniffer (feuilles à rouler ou kit de sniff) ont également été distribués, essentiellement par les CAARUD intervenant en milieu festif (CHALUMEAU 2010).

Incitation au dépistage et à la vaccination

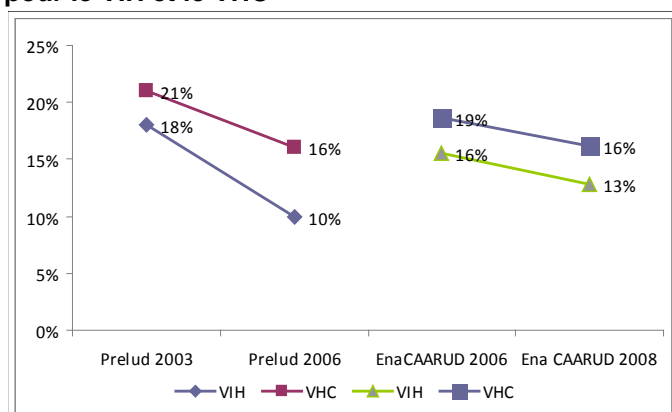
En 2008, sur une file active d'environ 55 600 usagers de drogue, les CAARUD ont organisé près de 32 000 dépistages d'hépatites B ou C et d'infection à VIH (VHC : 12 200, VIH : 11 000, VHB 8 800). Les actes permettant l'accès à la vaccination contre l'hépatite B dans ce cadre sont au nombre de 1 300.

Ces données constituent à ce jour uniquement des ordres de grandeur. Leur suivi régulier et l'étude de leur variation au fil des années permettra d'évaluer leur fiabilité et le crédit que l'on peut leur accorder.

Mesures de résultats intermédiaires : niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2008 une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC (voir ch. 6.2). Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'ont jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C. Ils sont 7,7 % pour le VIH (CADET-TAIROU, A. et al. 2010).

Graphique 7-3 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003, PRELUD 2006 / TREND OFDT, ENa-CAARUD 2006 et 2006 /OFDT, DGS

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps (Graphique 7-3).

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois (Tableau 7-5).

Tableau 7-5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2008

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2722	87,2 %	2599	83,8 %
N'a pas fait le test	400	12,8 %	504	16,2 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	961	41,0 %	711	43,1 %
6 mois à un an	646	27,5 %	463	28,1 %
Plus d'un an	739	31,5 %	474	28,8 %

* Résultats déclaratifs

Source : ENa-CAARUD 2008, OFDT, DGS

La part des usagers positif connaissant leur statut sérologique serait l'indicateur rendant le mieux compte de la finalité du dépistage, mais il nécessite la mesure de sérologies biologiques que la France peine à mener régulièrement.

En 2004, l'étude Coquelicot menée dans 5 villes françaises estimait à 2 % la part des usagers positifs pour le VIH ne connaissant pas leur statut sérologique réel. L'étude bio-PRELUDE menée en 2006 sur 5 sites également l'estimait à 5 % (Cadet-Tairou et al. 2008b; Jauffret-Roustide, M., et al., 2009). Concernant le VHC, cette part s'élevait à 27 % dans Coquelicot (2004) et à 8,5 % dans bio-PRELUDE (2006). L'écart peut s'expliquer à la fois par la disparité importante entre les sites, par le fait que Coquelicot mesurait des sérologies sanguine et bio-PRELUDE des sérologies salivaires (dans ce deuxième cas, seuls les patients dont la virémie est détectable sont positifs, les patients guéris ne sont donc plus positifs) et par le fait que deux ans séparent ces deux études (voir aussi ch. 6.2). En 2006 (PRELUDE), la part des usagers des CAARUD déclarant ne pas connaître leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, non vacciné, non contaminé ou contaminé) atteignait 36 %. Enfin, une étude menée à partir du système d'information des « pôles de référence pour l'hépatite C » qui prennent en charge une part des patients porteurs du virus de l'hépatite C, permet de suivre *la part des dépistages tardifs* parmi les patients nouvellement pris en charge (Brouard 2009). Le dépistage tardif est ici défini par le fait que l'année de dépistage est identique à l'année de début de traitement, c'est-à-dire que le patient est dépisté à un stade de la maladie nécessitant déjà un traitement. Pour l'ensemble des patients (quelque soit l'origine de la contamination) cette part a diminué entre 2001 et 2007 de 42,7 % à 33,4 % ($p < 0,01$). La part des UD par voie intraveineuse parmi ces patients dépistés tardivement n'ayant pas significativement bougé (39,6 % en 2001 vs 35,5 % en 2007 chez les hommes et 15,9 % vs 12,7 % chez les femmes), on peut déduire que les UD bénéficient de la baisse du dépistage tardif comme la moyenne du groupe. Il en va de même pour le dépistage tardif chez les UD par voie nasale uniquement.

Accès au traitement

Les données recueillies en 2008 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se sachant infectés par le VIH sont suivis médicalement puisque 89,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 77,9 % ont un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat est supérieur à celui de 2006 (68,5 %), mais pas significativement différent (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010).

La même enquête montre que deux tiers des personnes enquêtées (70,5 %) s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a ou a eu un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 puisque seuls 22,5 % des usagers des CAARUD infectés par le VHC déclaraient alors avoir reçu un traitement ($p=0,02$).

Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012

Le contenu du plan est évoqué dans le chapitre n°1 : Politique des drogues. La réalisation d'une évaluation du plan national hépatites est prévue pour l'année 2012.

7.4. Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues

En l'absence de réponse spécifique aux autres problèmes de santé, l'accès aux soins constitue le seul élément que l'on puisse observer.

Parmi les usagers de drogues reçus dans les CAARUD, en 2008, seuls 4,6 % n'ont pas de couverture médicale (Assurance maladie, Aide médicale d'Etat). Plus de la moitié (54,8 %) bénéficient de la Couverture médicale universelle (CMU ou de l'Aide médicale d'Etat) et 6,3 % bénéficient d'une prise en charge totale en rapport avec une « longue maladie » (ALD) (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010).

La réalisation de soins et l'accès au soin représentent en 2008 la deuxième activité des CAARUD en termes d'actes réalisés après les activités relatives au lien social.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

8.1. Introduction

Concepts et définitions

Dommages sociaux : la notion de dommages sociaux liés à l'utilisation des drogues et la décision de les associer aux substances elles-mêmes, aux antécédents de la trajectoire de vie des usagers ou aux politiques publiques menées ne fait pas consensus. Les différentes conceptions et positions suivantes se superposent : les drogues elles-mêmes sont un dommage social que seule leur élimination pourrait enrayer ; l'usage de drogues entraîne nombre de nuisances sociales, surtout lorsqu'il s'agit d'un usage abusif ; certains dommages sociaux seraient plutôt des facteurs prédisposant à l'abus de substances psychoactives que des conséquences de leur usage ; il existe une interaction complexe et bidirectionnelle, certains facteurs prédisposant à l'abus qui, en retour, vient renforcer des comportements déviants ; enfin pour un dernier groupe, les dommages sociaux, notamment sur les personnes, proviennent davantage des politiques pénales axées sur l'interdiction que des substances elles-mêmes.

Social(e) : le qualificatif « social » des dommages revêt lui aussi plusieurs dimensions : coûts et conséquences sur l'ensemble de la société (sur le système de santé, de justice ou de production économique) ; diminution de la qualité de vie sur une zone géographique par exemple ; et plus largement, les dommages sociaux peuvent concerner les personnes, dans la mesure où leur capacité à fonctionner serait affectée. C'est sur ce dernier volet que se concentre la majorité des études et recherches (SANSFACON et al. 2005)

La notion de causalité : il existe de nombreux dommages sociaux dont il semble qu'ils soient liés aux consommations d'alcool ou des drogues illicites mais sans qu'une relation causale puisse être formellement établie. On parlera alors plutôt de facteurs de risques identifiés comme favorisant la survenue et l'intensité des dommages sociaux. Généralement, les dommages sociaux liés à l'usage de substances psychoactives tendent à augmenter si :

- l'âge d'initiation est significativement plus bas que la moyenne ;
- la variété des produits consommés de manière précoce est significativement plus élevée que la moyenne ;
- la consommation s'installe dans la durée de manière significative ;
- la consommation s'inscrit dans un faisceau de difficultés personnelles et sociales ;
- il y a entrée dans le système judiciaire et notamment condamnation à une peine de détention.

Réinsertion/réintégration sociale : En l'absence d'une définition claire et consensuelle sur ce concept nous nous limitons à une acceptation simple et très générale, c'est-à-dire *le retour du sujet dans une structure sociale ou professionnelle assurant son autonomie maximale*.

Champ couvert : si les principales données disponibles et interventions se concentrent sur l'amélioration des situations au regard de l'emploi, du logement et dans une certaine mesure de la santé, des conséquences négatives des usages de drogues doivent également être appréhendés à travers les dommages sociaux associés que sont : la délinquance, les insécurités, l'exclusion sociale, la pauvreté, la prostitution, les difficultés et échecs scolaires, les relations et difficultés familiales ou personnelles, les accidents du travail et ceux intervenant sur le temps récréatif...

En France, les politiques sociales sont dites universelles, c'est-à-dire destinées à tous résidents légaux sans distinction, donc aux usagers de drogues également, même s'ils ne s'en sont pas explicitement nommés en tant que « groupe cible ». Néanmoins, les personnes présentant des problèmes d'addiction, bénéficient d'une prise en charge sanitaire et sociale

dédiée, assurée par des structures spécialisées (CSAPA et CAARUD) et sont au cœur d'une « politique nationale drogues », animée par la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Un accès de plein droit aux politiques sociales nationales...

Les usagers problématiques de drogues bénéficient du dispositif de droit commun : médecine générale et spécialisée, hôpitaux, etc. d'un côté et dispositifs, mesures, allocations, etc. de l'autre pour l'amélioration des situations liées à la formation, au contexte financier, à l'emploi ou au logement.

L'Etat et plus récemment les collectivités territoriales mènent des politiques publiques fortes destinées à réduire ou supprimer les exclusions sociales et favoriser l'insertion des personnes : allocations de ressources publiques et mise en place de dispositifs chargés de développer les programmes d'insertion.

En France, dès le début des années 1980, apparaît un principe essentiel qui forme la trame de toutes les politiques d'insertion et structure profondément les dispositifs : l'accès ou le retour à l'emploi sont considérés comme les premiers moyens de la lutte contre la pauvreté et les véritables garants d'une insertion sociale. Le Revenu minimum d'insertion (RMI) institué en 1988 consacre le droit à toute personne de bénéficier d'un minimum de ressources ainsi que d'une protection en cas de maladie. Au 31 mars 2009, la France comptait 1,13 millions de foyers bénéficiaires du RMI. Depuis 2009, le RMI est remplacé par le RSA⁹⁰.

En complément de la question de l'emploi, les politiques d'insertion en France se concentrent sur le logement, la pauvreté économique et la santé. Ainsi, le dernier « Rapport français sur les stratégies nationales pour la protection sociale et l'inclusion sociales 2008-2010⁹¹ » (rapport remis par chaque Etat membre à la Commission européenne depuis le Conseil de Lisbonne de 2000) reprend parmi ses priorités d'action les grands thèmes suivants : accès et retour à l'emploi – logement – pensions de retraites – santé. De plus quatre « populations cibles » sont particulièrement identifiées : les jeunes, les personnes issues de l'immigration, les personnes handicapées et les personnes âgées.

En ce qui concerne les soins médicaux et notamment la prise en charge des personnes vivant dans des situations précaires, la France a mis en place en 2000 la CMU (Couverture maladie universelle) de base. Celle-ci permet l'accès à l'Assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Les bénéficiaires de la CMU sont exemptés du ticket modérateur et dispensés de faire l'avance des frais de soins. En complément a été mis en place la CMUC (complémentaire) qui ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite (mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance). C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins (à l'hôpital et ailleurs), sans dépense à charge et sans avance de frais. Enfin, l'Aide médicale de l'Etat (AME), mise en œuvre à la même période, vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

...et une prise en charge sociale dédiée

Ainsi, parmi leurs missions, les CSAPA interviennent sur les problématiques sociales. Ils assurent l'information, l'évaluation sociale et l'orientation des personnes ou de leur entourage ainsi que la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux,

⁹⁰ Le Revenu de solidarité active garantit une augmentation des revenus et il complète les ressources de ceux qui tirent de leur travail des revenus limités. Le versement du RSA n'est pas limité dans le temps : la personne peut conserver le même montant de RSA tant que sa situation ne change pas. LOI n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion NOR: PRMX0818589L

⁹¹ <http://www.cnle.gouv.fr/Un-nouveau-rapport-pour-la-periode.html>

l'aide à l'insertion et la réinsertion. Les CAARUD, quant à eux, assurent le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Si des programmes ou interventions particuliers sont développés par ces professionnels, l'accès au droit commun demeure un objectif central et l'outil principal pour l'amélioration des situations sociales.

Sur le plan politique, la MILDT, dans le cadre de son plan gouvernemental 2008-2011, a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction. Cette orientation doit se développer autour des 6 axes suivants :

- Elaborer des indicateurs de réinsertion sociale
- Mettre en place des guides de bonnes pratiques pour améliorer les coopérations entre professionnels de l'addiction et ceux intervenants auprès d'autres publics précaires
- Etendre le modèle des microstructures médicales
- Expérimenter de nouveaux modes de prise en charge sociales des usagers de drogues traités en médecine de ville
- Favoriser l'accueil des usagers à leur sortie de prison dans le cadre des dispositifs d'hébergement insertion (AHI)
- Développer les partenariats entre structures médico-sociales spécialisées en addiction et le dispositif accueil hébergement insertion.

Dans ce chapitre nous décrivons les caractéristiques socioéconomiques des personnes et groupes spécifiques reçus principalement dans les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD) et plus généralement leur situation sociale (niveau d'étude, logement, emploi, contexte de vie...). Dans un second temps seront analysés les mesures et dispositifs mis en œuvre pour favoriser l'insertion sociale de ces personnes, leur ampleur, ainsi que les freins et résultats connus de ces interventions.

Nous nous appuyerons principalement sur les ressources suivantes pour documenter cette question :

- les systèmes d'information sur les CSAPA (rapports d'activité annuels et système de collecte standardisé RECAP) ;
- les systèmes d'information sur les CAARUD (rapports d'activité ASA-CAARUD et enquête biannuelle ENA-CAARUD) ;
- les informations qualitatives issues du dispositif annuel TREND de l'OFDT ;
- les résultats du questionnaire qualitatif OEDT n°28, réalisé à partir des avis d'un groupe d'experts ;
- d'autres rapports officiels et techniques.

8.2. Exclusion sociale et usage de drogues

Aucun travail récent ne s'est particulièrement penché sur les interactions entre usage de drogues et exclusion sociale.

La situation sociale des usagers problématiques de drogues en France est connue principalement à travers les dispositifs de prise en charge : les centres de soin spécialisés en ambulatoire et résidentiels (CSAPA) et les structures dites de « bas seuil » (CAARUD).

Une enquête récente, réalisée par l'OFDT auprès des centres d'hébergement d'urgence (CHRS) présentera ultérieurement des données de prévalence des usages de drogues parmi les personnes socialement en difficultés, accueillies dans ces centres d'hébergement « tout public » et personnes sans domicile fixe (voir chapitre 2.4.).

Enfin, le dispositif TREND de l'OFDT renseigne chaque année les évolutions constatées des produits consommés, de leurs modes d'usages, des publics concernés et de contextes ; dans ce cadre, peuvent être abordées les situations sociales des usagers ainsi que des éclairages sur des populations spécifiques (jeunes errants, migrants, femmes, etc.).

8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

Le tableau ci-dessous synthétise la situation sociale des personnes accueillies dans les centres de soins spécialisés. Il illustre la part importante des personnes prise en charge qui se trouvent dans des situations de précarité en termes de logement, de situation professionnelle et de situation économique ou de niveau de formation. Une distinction a été faite pour décrire les personnes prises en charge pour usage problématique de cannabis et pour « autres drogues », en raison des caractéristiques bien distinctes de ces deux sous-groupes (âge notamment).

Tableau 8-1 : Précarité sociale des personnes prise en charge par les centres spécialisés en 2009

	Sexe		Age moyen	Logement précaire ⁹²	Sans domicile fixe	Situation professionnelle précaire ⁹³	Ressources précaires ⁹⁴	Formation inférieure au second cycle de l'enseignement secondaire ⁹⁵
	H	F						
Usagers problématiques autres drogues	77,6%	22,4%	35,3 ans	20,5 %	6,9%	65%	61%	23%
Usagers problématiques cannabis	87,6%	12,4%	25,4 ans	11,6%	2%	48,5%	59%	22,5%

Source : RECAP OFDT 2009

Les usagers accueillis par les centres de bas seuil (CAARUD) sont encore d'avantage fragilisés. Le plus souvent, ces personnes ne sont pas engagées dans une démarche de soin active ou sont en rupture de prise en charge. L'accueil inconditionnel constitue la pierre angulaire du travail de ces structures ; l'anonymat et la gratuité sont garantis. De plus, au-delà de leur fonction d'accueil (quasi exclusivement en ambulatoire ; seuls 4 CAARUD en France assurent un service d'hébergement), les CAARUD développent un certain nombre de « services » pour aller vers les populations usagères de drogues les plus marginalisées ou les plus éloignées des structures sanitaires et sociales : travail de rue, déplacement sur des squats, unités mobiles, interventions en milieu festif...

La plupart des personnes reçues par les CAARUD (77 %) sont considérées comme des personnes qui vivent des situations précaires modérées ou fortes (Toufik, A et al. 2008b) : la précarité « forte » touche davantage les femmes (43,2 %) que les hommes (33,4 %). Plus d'un quart d'entre eux (26,2 %) sont sans domicile fixe tandis que 18,8 % habitent dans des logements provisoires. Plus de la moitié des usagers vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38,2 %). Une minorité (22,7 %) fait état d'un revenu issu de l'occupation

⁹² Logement provisoire ou en institution et personnes incarcérées

⁹³ Activités rémunérées intermittentes, chômeurs et autres inactifs

⁹⁴ Allocations chômage, prestations sociales (RMI, AHH...), ressources provenant d'un tiers et autres ressources (dont sans revenus)

⁹⁵ Inférieure à Bac et équivalents, CAP-BEP et équivalents... En France le taux de chômage varie en sens inverse du niveau de diplôme qui peut être considéré comme un indicateur du niveau de qualification des actifs, même s'il ne prend pas en compte l'amélioration de la qualification qui peut être obtenue par la formation continue et par l'expérience professionnelle. Ainsi, au cours des quatre premières années après la sortie de la formation initiale, un actif sans diplôme ou ayant un BEP a plus de 2 fois plus de risque d'être au chômage en 2008 qu'un actif qui a un diplôme du deuxième cycle du secondaire.

d'un emploi (15,5 %) ou des allocations chômage (7,2 %). Près de neuf usagers sur dix dépendent du régime général de la Sécurité sociale, soit directement (30,9 %) avec en outre une mutuelle complémentaire pour plus de 13,5 % d'entre eux, soit par le biais de la CMU (couverture maladie universelle, 51,6 %) ou de l'ALD (Affection de longue durée, 4,8 %). Alors que 2,3 % des usagers relèvent de l'AME (Aide médicale d'État), plus de 7,1 % ne font état d'aucune protection.

Les observations réalisées par les professionnels des CAARUD en 2008 à travers leur rapports d'activités (CHALUMEAU 2010) font état d'une accentuation de la marginalité (paupérisation - clochardisation) des personnes reçues, en partie liée à un contexte économique défavorable et à une orientation politique sécuritaire qui peut s'avérer dommageable à cette population : fermeture de squats, évacuation des centres ville, interpellations policières plus fréquentes parfois à proximité des locaux, et certaines difficultés pour les intervenants des CAARUD d'intervenir auprès de ces publics.

Les CAARUD enregistrent également une hausse des condamnations et/ou mesures légales (jour amende, bracelets électroniques...) et une hausse des durées de peine. Près de 3 500 « dossiers justice » ont été ouverts en 2008 et près d'un tiers des CAARUD intervient en milieu carcéral (visite, préparation à la sortie, etc.). Ils observent également une dégradation des situations liées à la question de l'hébergement. L'accès aux hébergements d'urgence de type hôtels ou CHRS est toujours difficile et l'hébergement dans son ensemble constitue le problème majeur, notamment en région parisienne. Des dossiers de « droits opposable au logement » ont été instruits. À noter une difficulté partagée par de nombreux CAARUD pour résoudre les problèmes d'hébergement des personnes accompagnées de chiens.

Les CAARUD de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Réunion soulignent l'absence et le besoin de solutions d'hébergements thérapeutiques. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne trouvent pas non plus de solution de logement adaptées.

Enfin, les personnes en situation irrégulières sont confrontées de façon très aigüe à l'ensemble des problématiques : hébergement, ressources et insertion.

8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Au seuil des années 2000, le « profil » de l'utilisateur de drogue problématique est celui d'un homme âgé de 29 ans, très majoritairement de nationalité française. Son image est celle d'un marginal, véritable ombre portée des jeunes habitants des quartiers populaires des grandes villes, confrontés à la précarisation de masse consécutive à la crise économique. Sa situation sociale est relativement dégradée du fait des effets combinés des usages et prises de risques, de conditions de subsistances très limitées et d'incarcérations répétées.

La décennie 2000 va voir se renforcer les évolutions déjà à l'œuvre avec :

- l'accroissement de la précarité ;
- le vieillissement des usagers ;
- la persistance de figures attachées à l'extrême désaffiliation, telles les usagers de crack du nord-est parisien, de la Seine St Denis et des départements d'Outre-mer.

A ces phénomènes, viennent s'ajouter depuis quelques années de nouveaux « groupes » d'utilisateurs qui vivent dans des situations de grande précarité : de « jeunes errants » et des hommes jeunes originaires des pays de l'Est qui ont débuté leurs consommations avant d'émigrer en France. De plus, la présence de jeunes femmes de moins de 25 ans dans les structures de première ligne suscite une mobilisation particulière des intervenants, compte tenu de la radicalité de leurs pratiques et de la persistance d'usages à risque (Rahis et al. 2010).

Les « nomades » (marginalité revendiquée comme un mode de vie) et **« jeunes errants »** (individus plus jeunes dont la marginalité est marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profondes) sont des usagers polyconsommateurs, même si le recours aux opiacés

tend à se développer, tout comme les pratiques d'injection. Néanmoins, dans un souci de se démarquer de la figure classique de l'usager de drogue problématique, leur recours au dispositif « bas seuil » apparaît plus occasionnel et d'avantage tourné vers la couverture de leurs besoins primaires que vers des demandes de soins. Leur mode de vie précaire et le recours à la « débrouille » leur donne l'illusion d'une insertion paradoxale et alternative.

Les « **nouveaux migrants** » sont issus principalement d'Europe centrale et orientale mais aussi du Maghreb et dans une moindre mesure d'Asie. Si Paris réunit une grande diversité d'origines, les autres territoires français rencontrent principalement des ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Russie, Bulgarie, Géorgie, Ukraine, Biélorussie, Roumanie, Moldavie et pays composants l'ex-Yougoslavie). Les conditions de vie de ces populations sont très précaires, aggravées par le caractère irrégulier de leur séjour. Majoritairement injecteurs d'héroïne et d'amphétamines, les usages de médicaments (notamment la BHD) sont très présents. Les intervenants des CAARUD s'efforcent de sensibiliser ces populations aux risques de transmissions virales (VIH et hépatites) du fait de leurs conditions de vie et de la réprobation dont fait l'objet l'injection au sein des groupes auxquels ils appartiennent. Des tensions importantes sont signalées entre ces groupes et les autres bénéficiaires, plus « historiques », des centres de première ligne.

Bien que la proportion de **femmes** fréquentant les centres spécialisés ne semble pas en augmentation, son rajeunissement et les pratiques radicales observées, préoccupent les professionnels. La plupart de ces jeunes femmes appartiennent au groupe des jeunes gens désaffiliés mentionné plus haut. Moins présentes sur les lieux de deal, elles se distinguent par une implication plus grande dans les démarches d'obtention d'argent (prostitution, mendicité...), dans la fréquentation des CAARUD (matériel d'injection) et les démarches administratives. Plusieurs observations font état d'une radicalisation des comportements d'usage avec notamment une escalade très rapide vers l'injection à haut risque (partage du matériel). Outre le recours à la prostitution, les femmes sont confrontées à des problématiques spécifiques liées à la promiscuité et aux violences propres au monde de l'errance : infections vaginales, absence de contraception, grossesses non désirées...

8.3. Réinsertion sociale

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues en traitement est très majoritairement assuré par les structures spécialisés CSAPA et CAARUD à travers des projets et programmes spécifiques développés par ces établissements médico-sociaux et comme relai vers les dispositifs de droit commun.

La MILDT à travers son plan national 2008-2011 a inscrit parmi ses priorités l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction (MILDT 2008). Cette orientation se décline autour de 2 objectifs prioritaires :

Objectif 1 : favoriser l'accueil des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ou des drogues illicites dans le dispositif accueil-hébergement-insertion à leur sortie de prison :

- par la mise en place de consultations avancées de CSAPA dans ces structures et de formations croisées ;
- par la rédaction d'un référentiel multi-professionnel de préparation à la réinsertion ;
- par la mise en œuvre d'unités d'accueils courts et d'accès rapide proposant soins, actions d'insertion et hébergement

Objectif 2 : développer les partenariats entre structures médico-sociales (CAARUD et CSAPA) et le dispositif accueil hébergement insertion : expérimenter la mise en place de consultations assurées par des professionnels des structures médico-sociales dans une vingtaine de structures d'hébergement et de formations croisées entre les structures des deux champs concernés.

Pour mettre en œuvre ces orientations, la MILDT a lancé le 23 février 2009 un appel à projets pour la mise en œuvre notamment des mesures relatives à l'insertion sociale. Les projets retenus ont été communiqués par voie de circulaire le 14 décembre de la même année. Il est trop tôt pour décrire précisément les projets retenus et financés, a fortiori pour en mesurer les impacts.

Sur le plan des partenariats interinstitutionnels au niveau national, un cadre de travail a été signé entre la MILDT et la DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) afin de mieux articuler la dimension insertion sociale et le plan d'action de lutte contre les drogues.

Les structures spécialisées CAARUD, à travers leurs rapports d'activités annuels, enregistrent les actes réalisés (nombre et nature). Parmi ces actes, les mesures de réinsertion (accès aux droits, hébergement et formation-emploi) sont développées, bien qu'elles ne représentent qu'une part faible de l'ensemble de leur activité, centrée principalement sur l'accueil de premier recours (« refuge », alimentation, hygiène de base...), la réduction des risques et les soins (CHALUMEAU 2010). Le tableau ci-dessous reprend les actes réalisés en 2008 pour l'accès aux droits des personnes accueillies au sein de ces structures.

Tableau 8-2 : Nombre d'actes réalisés pour l'accès aux droits en 2008 par les CAARUD

Accès aux droits		Logement et hébergement		Formation et emploi	
Administratifs	8 369	Hébergement d'urgence	6 651	Emploi	2 754
Sociaux	7 027	Hébergement social	1 996	Formation	1 263
Santé	5 095	Logement autonome	1 761		
Justice	3 447	Hébergement thérapeutique	1 001		
23 938 (61 %)		11 409 (29 %)		4 017 (10 %)	

Source : ASA-CAARUD 2008/OFDT, DGS

En dehors des rapports d'activité des CAARUD, il n'existe pas d'outils permettant de suivre avec précision les mesures engagées sur les différents volets de l'insertion sociale des personnes en traitement. Les rapports d'activité des structures ne détaillent pas ou très partiellement, ni les besoins ni les actions-programmes entrepris. Une réflexion est actuellement en cours pour définir des indicateurs pertinents et leur mise en œuvre.

Ainsi, les éléments détaillés dans les trois paragraphes suivants (hébergement, éducation et emploi), ne reflètent que partiellement la situation nationale ; ils sont principalement le fruit des constats effectués par un groupe d'experts (voir questionnaire structuré 28 – année 2009).

8.3.1. Hébergement

En 2009, seuls 77 % des personnes en traitement pour usage problématique de drogues occupent un logement durable indépendant, chez des proches ou en institution (OFDT 2009).

La question de l'hébergement demeure l'une des priorités en termes d'insertion sociale, notamment dans les grandes villes et de façon criante en région parisienne.

Les réponses principalement apportées sont **le logement social, l'hébergement d'urgence, l'hébergement social et l'hébergement thérapeutique.**

Le logement social en France est principalement composé du parc HLM (Habitation à loyer modéré) ; aujourd'hui 10 millions de personnes vivent dans les 4,2 millions de logements gérés par les organismes HLM qui ont pour mission de loger dans les meilleures conditions tous ceux qui ont des difficultés à se loger dans les conditions du marché. Or depuis plusieurs années l'offre de logement est très insuffisante au regard des demandes. Si les personnes en traitement ne subissent pas de discrimination objectivables quant aux procédures d'attributions, elles subissent aussi les effets de cette pénurie, sauf à remplir les conditions faisant d'elles des personnes prioritaires. En 2006, on dénombre 1,2 million de demandes de

logements HLM non pourvus, en France métropolitaine, dont 550 000 demandes de ménages déjà locataires HLM.

Certaines structures (et notamment les CSAPA) développent des services qui facilitent l'accès aux logements individuels ; par exemple :

- Les baux glissants : dans un premier temps, la structure prend à son compte la location des logements qui appartiennent à des propriétaires privés ou publics, afin de les sous-louer légalement. Elle signe l'état des lieux, le bail et règle le loyer au bailleur. L'allocation logement est directement versée à la structure et le loyer résiduel (loyer moins allocation logement) reste à la charge du sous-locataire. Après une période « probatoire », pouvant aller de six mois à un an, le bail « glisse » et le sous-locataire devient ainsi le locataire officiel des lieux.
- Suivi "pédagogique" de la location : aider le locataire à gérer au mieux son budget et accomplir des démarches administratives comme la gestion des factures, l'achat de mobilier, etc.

Il n'existe pas de données permettant d'évaluer la fréquence et le volume de ces programmes.

L'hébergement d'urgence est une solution à laquelle les structures spécialisées ont recours. Il s'agit d'un accueil inconditionnel, c'est-à-dire sans sélectivité des publics et de courte durée. Les principales structures et dispositifs assurant de l'hébergement d'urgence sont :

- les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) : 360 CHRS en France déclarent piloter une section d'urgence ;
- les nuitées d'hôtel ;
- des centres d'hébergement de nuit, parfois en dortoir, parfois plus individualisés ;
- des centres fonctionnant toute la journée et hébergeant pour des durées parfois très courtes (quelques nuits), parfois proches de celles des CHRS (le plus souvent de l'ordre de 6 mois renouvelables) ;
- des centres d'hébergement d'urgences (appelés « Sleep-in » et maintenant CAARUD) destinés exclusivement aux usagers de drogues (trois villes en France métropolitaine sont dotées de structures de ce type ainsi que la Guyane : Paris, Lille, Marseille et Cayenne).

Hormis ces dernières structures, les centres d'hébergement d'urgence favorisent l'accueil de publics « stabilisés » et ne présentant pas de troubles du comportement. Ceci peut tendre à exclure un certain nombre de personnes en traitement. Pour toutes ces structures, il est demandé aux personnes de se conformer aux différents règlements intérieurs (pas de consommation d'alcool ni de drogues, pas de violence physique et verbale, etc.).

L'hébergement temporaire ou hébergement d'insertion se caractérise par la sélection du public accueilli, l'élaboration d'un projet d'insertion et un accueil de plus longue durée. Une équipe de professionnels est présente de façon continue. Les principales structures existantes sont :

- Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS, au nombre de 827) : les CHRS ont pour objet de faire accéder les personnes qu'ils prennent en charge à l'autonomie personnelle et sociale. Ils assurent les fonctions d'hébergement, d'accueil notamment dans les situations d'urgence, le soutien et l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle. Le public pouvant être accueilli en CHRS est large. Il s'agit de personnes ou de familles qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de santé ou d'insertion...) notamment en raison du manque de logement ou de conditions défectueuses de celui-ci. Néanmoins les « catégories de population admises » peuvent différer d'un établissement à l'autre.
- Les maisons relais : ce sont des résidences sociales de petite taille, dix à vingt-cinq logements chacune, destinées à accueillir des personnes en situation de grande

exclusion. Elles leur proposent un logement autonome sans condition de durée, des espaces communs, ainsi qu'une aide renforcée à la vie quotidienne (santé, hygiène, alimentation) et vise une bonne intégration de la structure dans l'environnement local.

- Les résidences sociales : elles offrent une solution de logement meublé temporaire à des ménages ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement ordinaire, pour des raisons économiques mais aussi sociales, et pour lesquels un accompagnement social peut s'avérer nécessaire.

Malgré des efforts importants entrepris entre les structures spécialisées et ces centres d'hébergement sociaux « généralistes » pour offrir des solutions aux personnes en traitement, des difficultés importantes d'accès sont constatées par les différents intervenants. Le plan gouvernemental drogues 2008-2011, pour améliorer cette situation a favorisé les partenariats et interactions entre le secteur spécialisé addiction et le secteur de l'hébergement social : un appel à projet a été lancé afin de favoriser ces passerelles ; 30 projets ont été retenus et seront financés.

Enfin, plusieurs dispositifs spécialisés « **d'hébergement thérapeutique** », spécifiquement dédiés aux personnes en traitement sont disponible en France. Tous ces établissements d'hébergement sont gérés par des structures médico-sociales spécialisées (CSAPA) :

- Le centre de postcure en alcoologie ou centre de soins, de suite et de réadaptation en alcoologie accueille après leur sevrage les personnes dépendantes à l'alcool qui éprouvent le besoin de consolider leur abstinence dans un milieu protégé. La durée de séjour est variable de 1 à 3 mois, les sorties et les visites sont réglementées.
- Le centre thérapeutique communautaire (CTC), appelé également « communauté thérapeutique », est un lieu de soin avec un hébergement collectif. La communauté thérapeutique est assimilée à une famille structurée, hiérarchisée et organisée. Chaque résident intègre un groupe avec un responsable à sa tête. Chaque groupe a la responsabilité de différentes tâches comme le nettoyage, la cuisine, le jardinage, l'entretien de la maison. Le Centre thérapeutique communautaire peut accueillir jusqu'à 50 personnes.
- Le Centre thérapeutique résidentiel (CTR) appelé également centre de postcure, est un lieu de soin avec un hébergement collectif qui prend en charge toute personne toxicomane inscrite dans une démarche volontaire. Le CTR peut accueillir jusqu'à 20 personnes. La durée de séjour initiale est d'environ 6 mois renouvelables. Les délais d'attente peuvent être longs.
- Appartements thérapeutiques relais (ATR) : appartements individuels ou collectifs mis à disposition de certains anciens usagers de drogues entrés dans une démarche de soin. L'absence d'encadrement permanent réserve ces structures aux personnes ayant la capacité de vivre seules. Certains appartements peuvent accueillir les couples et les personnes accompagnées d'enfant(s).
- L'hébergement de transition ou d'urgence est proposé à la personne dépendante ou anciennement dépendante qui est entre deux soins ou dans une période dite de transition : avant un sevrage ; pendant la stabilisation d'un sevrage ou d'un traitement de substitution ; en attente d'une admission en postcure ou d'un hébergement stable. Cette période est modulable en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Durant ce court séjour (1 à 4 semaines), la personne est hébergée en appartement individuel ou collectif et parfois en chambre d'hôtel.
- Le réseau de familles d'accueil est un groupe de familles formées et encadrées par des professionnels qui sont volontaires pour accueillir quelque temps une personne en traitement. Les familles d'accueil offrent à la personne toxicomane une relation personnalisée dans un espace familial. Elles perçoivent une indemnité en fonction de la présence effective d'une personne chez elles.

Malgré cette pluralité de dispositif d'hébergement thérapeutique, l'offre reste insuffisante.

8.3.2. Education et formation

En 2009, près de 23 % des personnes en traitement n'ont pas atteint le niveau scolaire du second degré, c'est-à-dire qu'elles ne disposent d'aucune formation générale ou professionnelle⁹⁶.

Les personnes en traitement ne font pas spécifiquement l'objet de programmes ou de dispositifs spécifiques de formation ou de remise à niveau scolaire. Elles peuvent en revanche, comme l'ensemble de la population générale et notamment les demandeurs d'emploi, s'appuyer sur les organismes publics et privé de la formation professionnelle.

La situation est identique pour ce qui concerne les formations qualifiantes. Les mesures sont intégrées dans la politique de l'emploi ; le principal opérateur est le Pôle emploi. L'orientation et le financement de formations font partie de ses missions. Il n'existe pas de formations spécifiquement dédiées aux personnes vulnérables, mais trois publics cibles prioritaires ont été identifiés : les personnes éloignées de l'emploi depuis longtemps (chômeurs de longue durée), les jeunes et les personnes issues de l'immigration (les femmes plus particulièrement). La VAE (Validation des acquis de l'expérience) et les formations classiques qualifiantes sont les deux principales mesures mises en œuvre.

8.3.3. Emploi

En 2009, près de 24 % des personnes en traitement sont au chômage⁹⁷, soit deux fois plus que les taux rencontrés au sein de la population active française.

Il n'existe pas en France de barrière administrative particulière concernant l'accès à l'emploi sur le « marché du travail ouvert » des personnes en traitement (dépistage, situation médicale discriminante...), même si des réticences à l'emploi de ces personnes de la part des employeurs peuvent être supposées. Les taux de chômage importants constatés sont plus certainement la conséquence d'un niveau de formation faible, d'un parcours professionnel souvent chaotique et d'un marché du travail très tendu.

Par ailleurs, il existe en France un « marché du travail intermédiaire » très structuré et reconnu par le code du travail (art. L 5121-1) ; il est couvert par l'appellation « Insertion par l'activité économique (IAE) ». De plus, il existe depuis 1977 des « contrats aidés » (principe d'allègement du coût salarial pour l'employeur) destinés aux publics les plus vulnérables.

A compter de janvier 2010, ces différents contrats aidés sont regroupés au sein d'un Contrat unique d'insertion (CUI) pour le secteur marchand et un contrat de professionnalisation pour le secteur non marchand.

Le dispositif d'IAE est constitué de différentes structures dédiées à l'insertion par l'activité économique (SIAE). Ces structures sont des employeurs qui doivent être agréés par l'Etat. Elles signent des conventions qui déterminent les conditions d'exercice de l'activité, l'aide qui leur est apportée et les objectifs de résultats. Les quatre principales SIAE sont :

- les associations intermédiaires (AI) ;
- les entreprises de travail temporaires d'insertion (ETTI) ;
- les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) ;
- les entreprises d'insertion (EI).

⁹⁶ Système d'information RECAP de l'OFDT

⁹⁷ Système d'information RECAP de l'OFDT

Si en 2006 on estime à 253 000 le nombre de personnes embauchées par les différentes SIAE (61 000 équivalent temps plein), l'offre reste très limitée au regard des besoins et les « sélections » se font naturellement par le haut : les personnes les plus en difficultés sont généralement exclues, de fait, de ces dispositifs.

Néanmoins, certaines structures spécialisées, face à leur difficulté d'accompagner leurs bénéficiaires vers l'emploi, ont développé leur propre dispositif d'insertion professionnel ou favorisent les passerelles et coopérations (Maguet et al. 2010).

Les activités occupationnelles sont à dissocier des actions d'insertion/démarche vers l'emploi, mais offrent un « avant goût » de ce que peut être le milieu du travail. L'association Espace (CAARUD) a mis en place un atelier à bas seuil d'exigence dans lequel le public accueilli procède à la récupération de livres, les enregistre sur une base informatique, les conditionne puis les remet à la disposition d'associations partenaires qui mènent des projets éducatifs ou humanitaires. De plus, cet établissement a créé un poste en interne de chargé d'insertion. Celui-ci constitue un réseau d'entreprises sur son territoire et facilite le lien entre candidats et employeurs potentiels, rassurant les uns et les autres sur leurs craintes réciproques. Sa bonne connaissance tant des entreprises que des publics reçus par la structure, permet d'adapter finement les propositions d'emploi aux attentes et compétences des publics.

Le CSAPA Drogues et société propose aux patients du centre de soins de participer à des ateliers de création artistique, afin de renforcer leur sentiment d'utilité sociale ; ces créations pouvant être utilisées ultérieurement pour illustrer des documents d'information et de prévention réalisés par le centre. Des ateliers de redynamisation sont également proposés par cette structure.

La communauté thérapeutique du Fleuve (Gironde) accueille en son sein un atelier et un chantier d'insertion (ACI). Accompagnés d'une intervenante socioprofessionnelle, les résidents peuvent intégrer pendant une période de 6 mois le chantier d'insertion dans le cadre d'un projet personnel d'insertion.

Le CSAPA ALIA (ville d'Angers) a mis en place des ateliers d'aide à l'insertion où le travail est appréhendé comme « outil du soin ». Le cadre de travail implique des formes de contraintes propre au monde de l'entreprise : lieu d'embauche, rythme biologique et de travail, respect des consignes, gestion d'un salaire... Ces ateliers (ouvriers polyvalents) offrent une immersion dans le monde du travail et un accompagnement spécifique propre à des adultes dont la problématique est addictive.

Des partenariats sont établis entre des centres de soins et des régis de quartier (entreprise d'insertion). Des échanges entre les professionnels de ces deux types de structures, pour se connaître et débattre des spécificités des publics toxicodépendants, sont des préalables indispensables au bon fonctionnement de ces partenariats. Ces entreprises d'insertion ne sont en effet pas formées et préparées à accueillir ce type de population.

Des structures d'envergure nationale comme l'association Aurore développent des partenariats internes afin de favoriser l'accès des personnes en traitement (centre de soin) aux dispositifs de l'insertion par l'activité économique (chantiers et entreprises d'insertion).

9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

9.1. Introduction

Définitions

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

Pour les infractions de faible gravité, le ministère public (le Parquet) peut ainsi décider, à l'encontre de l'auteur de l'infraction, une mesure de remplacement aux poursuites pénales devant un tribunal : cette mesure alternative aux poursuites pénales peut être un rappel à la loi, une injonction thérapeutique, une orientation sanitaire et sociale, une composition pénale, une mesure de réparation ou une médiation pénale.

Les mesures alternatives à l'incarcération sont le travail d'intérêt général (TIG), le suivi avec mise à l'épreuve (SME) contenant éventuellement une obligation de soins, le suivi socio-judiciaire et le placement sous surveillance électronique (PSE) dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

La France comptait, en 2009, 194 établissements pénitentiaires, comprenant 51 997 places "opérationnelles" (c'est-à-dire des places de détention disponibles) réparties entre :

- 111 maisons d'arrêt (MA) et 30 quartiers MA (situés dans des centres pénitentiaires), qui accueillent les prévenus, les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).
- 62 établissements pour peine soit :
- 35 centres pénitentiaires (CP), comprenant au moins 2 quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
- 23 centres de détention (CD) et 34 quartiers (QCD), qui accueillent les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus ;
- 4 maisons centrales (MC) et 9 quartiers (QMC).
- 13 centres de semi-liberté (CSL) ;
- 1 centre pour peines aménagées (CPA) (qui reçoit des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion) et 2 quartiers CPA dans des CP ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), définis comme des établissements dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. L'EPM a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la PJJ et un surveillant pénitentiaire.
- 1 établissement public de santé national, à Fresnes (EPSNF).

Outils de collecte des données

Les données policières et 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). Ces données existent depuis 1971.
- Les condamnations enregistrées par le Casier judiciaire national (CJN, voir annexes VI-B) et informatisées depuis 1984 rendent compte des décisions de jugement prises à l'encontre des personnes poursuivies pour ILS devant le tribunal : on dispose donc d'une exploitation statistique homogène qui permet d'observer l'évolution des condamnations prononcées, en volume et en structure, entre 1984 et 2008. Les modifications de la législation relative aux stupéfiants ayant été limitées durant cette période, on dispose de bonnes garanties de comparabilité pour analyser l'évolution des sanctions pénales prononcées par les juridictions durant cette période.

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, importation/exportation, autres ILS.

- Jusqu'en 2003, c'est l'exploitation statistique des données du Fichier national des détenus (FND, voir annexe VI-N) qui permettait de rendre compte des flux de la population carcérale et de suivre l'ensemble des personnes incarcérées (pour ILS ou pour d'autres infractions) au cours de la période de détention.
- Depuis 2003, date de la mise en service de la nouvelle version de l'application « Fichier national des détenus », toutes les infractions à l'origine de la condamnation sont enregistrées (alors que seule l'infraction principale était enregistrée auparavant) mais l'état actuel de la nouvelle version du FND ne permet pas de connaître le rang de l'infraction (infraction principale ou associée) et donc ne permet pas de repérer les cas pour lesquels une ILS est le motif principal d'incarcération. Cette limite est particulièrement forte pour les cas d'usage de stupéfiants, souvent associés à des infractions plus graves motivant, elles, l'incarcération (nombre d'incarcérations au seul motif de l'usage actuellement inconnu).

Au-delà de ces indicateurs réguliers d'activité, le cadre français de production des connaissances sur les usages de drogues en prison comprend par ailleurs :

1. Les enquêtes institutionnelles. Initiées, conçues et mises en œuvre par les autorités de tutelle (ministère de la Santé, ministère de la Justice, etc.), leurs résultats sont publiés par ces autorités. Il s'agit souvent d'analyses rétrospectives de données existantes (fiches santé entrant, nombre de traitements de substitution prescrits en prison, données des rapports d'activité des CSST en milieu carcéral, etc.). Les échantillons sont larges et se veulent représentatifs de la population incarcérée. Le rythme de ces enquêtes est irrégulier, à l'instar de l'enquête santé/entrants. Parmi les enquêtes réalisées par les services d'études des ministères, on peut citer les enquêtes de la DREES (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale/ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille), menées en 1997 et en 2003, qui donnent des éléments d'analyse du profil de santé des entrants en prison (consommations de substances psychoactives, traitements de substitution, facteurs de risque, pathologies constatées) qui ont été recueillies lors de la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt (MA) et quartiers MA (qMA) des centres pénitentiaires (voir liste des sources détaillées, annexes VI-C). De même, les données fournies par l'enquête DGS-DHOS entre 1999 et 2004 sur la substitution en milieu carcéral permettent de retracer les évolutions dans le nombre de traitements (poursuites, initialisations) et les modes de prise en charge (méthadone, Subutex®) sur cette période. Les enquêtes menées « un jour donné » par la DHOS sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (du

23 au 27 juin 2003, par exemple) décrivent le profil des patients VIH+ et VHC+ connus reçus dans les UCSA, unités de soins hospitaliers intervenant en milieu pénitentiaire.

2. Les enquêtes épidémiologiques. Souvent adossées à un institut de recherche (par exemple l'ORS PACA/INSERM), elles sont locales ou nationales et s'appuient elles aussi sur des données préalablement existantes.
3. Les recherches et études sociologiques qualitatives. A partir d'entretiens qualitatifs avec de petits échantillons, ces enquêtes cherchent à décrire des profils d'usagers et documentent leur parcours dans l'incarcération et dans la toxicomanie. Le recueil de données se fait en dehors des temps d'incarcération.
4. Les études réalisées par les professionnels du soin. Etudes descriptives quantitatives ou qualitatives, elles sont initiées par des professionnels exerçant en milieu carcéral. Elles souffrent parfois d'un manque de rigueur méthodologique mais permettent de connaître le point de vue et l'expérience des professionnels.
5. Les rapports officiels. Motivés par un changement légal ou réglementaire, une actualité politique ou bien une mission statutaire d'avis ou de contrôle, ils ont pour objectif d'élaborer des recommandations, qui s'appuient sur des constats et des états des lieux documentant le sujet.
6. Les publications des ONG. Dans leur contenu, ils peuvent ressembler à la structuration des rapports officiels (constat et recommandations), mais le ton et la forme en sont différents. Plus rarement, ils peuvent s'appuyer sur un recueil de données (Observatoire International des Prisons 2005)

A ces sources s'ajoutent d'une part des documents plus généraux sur la prison, généralement des travaux sociologiques ou démographiques permettant de comprendre le contexte général de la prison ; d'autre part des articles et documents divers, qui sont souvent des synthèses d'autres travaux.

Contexte

Délinquance et usage de drogues

Les multiples enquêtes réalisées sur ce thème montrent que les usagers de drogues sont plus fréquemment auteurs de délits graves et peu graves : le nombre d'actes de délinquance tend également à croître en fonction de la fréquence de consommation de produits psychotropes.

Le constat d'un rapprochement entre usage de drogues chez les jeunes et comportements à problèmes (délits d'atteinte à la propriété, absentéisme et exclusion scolaires, implication dans des bagarres ou des actes de vandalisme) a également été établi (BARRE et al. 2001).

En France, l'enquête réalisée depuis 1998 à la demande du ministère de la Justice auprès des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) révèle des prévalences élevées : 60 % des jeunes suivis ont déjà pris du cannabis durant leur vie (ministère de la Justice, 1998).

Il faut toutefois distinguer les infractions à connotation toxicomaniaque *stricto sensu*, les crimes et délits imputables de façon indirecte à l'abus de substances psychoactives et l'ensemble des facteurs de style de vie communs à ces deux types de conduites déviantes que sont la prise de substances et la délinquance.

1. La première de ces trois catégories, la plus facile à saisir, regroupe l'ensemble des crimes et délits immédiatement liés à la drogue : consommation, possession, trafic ou fabrication de substances illicites représentent autant d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). On peut y ajouter les cas de conduite sous l'influence de stupéfiants par exemple. En France, au cours de l'année 2008, 176 000 délits de ce type qui ont été recensés par le ministère de l'Intérieur, un chiffre en progression constante depuis plus de vingt ans : en 1985, on avait enregistré 29 750 ILS.

2. Le second groupe d'infractions indirectement imputables à la consommation de produits psychoactifs réunit les actes de délinquance dont la commission est associée sous une forme ou une autre à la consommation de ces substances, sans que celle-ci constitue un élément de leur définition (délinquance dite « acquisitive » pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogue).
3. Troisième et dernière catégorie, la mieux susceptible d'éclairer la correspondance complexe entre drogue et criminalité, les comportements toxicomaniaques et délinquants peuvent être regardés comme deux aspects conjoints d'une socialisation et d'un mode de vie déviants (JOURBERT M. et al 1995). Dans cette perspective quasi ethnologique, le recours aux substances psychoactives doit être compris comme une occurrence, parmi d'autres, de conduite à risque. La plupart des travaux épidémiologiques et sociologiques privilégient cette approche en France.

Usage de drogues en prison

Un tiers des entrants en prison déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage au cours de l'année précédant l'incarcération, le cannabis arrivant en tête avec 29,8 % (Mouquet et al 2005). En population générale, les consommations régulières de drogues illicites représentaient, en 2002, 6 % des 18/25 ans et 2 % des 26/44 ans. Ces données font clairement apparaître une surreprésentation d'usagers de drogues comparativement à la population générale. Par ailleurs, plus d'un entrant sur dix est polyconsommateur de produits illicites et 31 % des entrants déclarent une consommation d'alcool problématique (plus de 5 verres pris régulièrement par jour ou 5 ou 6 verres consécutifs en une seule prise, une fois par semaine (Mouquet et al 2005)

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. Les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique d'injection semblent réduire la fréquence de leurs injections, en augmentant toutefois les quantités injectées ; ils sont 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.

A leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dont 8 fois sur 10 par Subutex (environ 85 % des personnes sous traitement de substitution dans l'ensemble de la population) (DREES 2005).

Pendant l'incarcération, ce chiffre diminue car dans un certain nombre d'établissements, les traitements ne sont pas poursuivis, alors que la loi du 18 janvier 1994 (qui instaure l'équivalence des soins en milieu libre et en milieu fermé) le prévoit. Le taux d'interruptions de traitements a fortement baissé entre 1998 et 2004 mais il concerne toujours plus d'un traitement sur dix (données DGS/DHOS). Une enquête de l'OFDT a montré en outre que l'accès à la méthadone était en hausse dans les établissements pénitentiaires : parmi les détenus dépendants aux opiacés, 35 % étaient pris en charge dans le cadre d'un Traitement de substitution aux opiacés (TSO) à base de méthadone en 2006 (OBRADOVIC et al. 2008a), vs 22 % en 2004 (DGS/DHOS, ministère de la Santé). Un tiers des établissements comptent aujourd'hui plus de 50 % de leurs patients substitués sous méthadone (malgré de fortes disparités). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 (mini) et 76 (maxi) mg/jour. L'OFDT a également établi que la primo-prescription de méthadone par les unités médicales intervenant en prison était elle aussi en hausse (28 % vs 72 % de poursuites de traitements, parmi les détenus substitués à la méthadone) (OBRADOVIC et al. 2008a).

Depuis la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré la responsabilité de la santé en prison du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé, avec la création des Unités de consultation et de soins en ambulatoire (UCSA), rattachées à l'hôpital de proximité, qui interviennent dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, la prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les UCSA, présentes dans tous les établissements pénitentiaires, chargés de la santé somatique des détenus ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne ; enfin, les « antennes toxicomanie » (CSST) interviennent, depuis 1987, dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population pénale). A ce dispositif général s'en ajoute un autre, créé à titre expérimental : les UPS (unités de préparation à la sortie), dans 7 établissements.

Parallèlement, le dispositif légal de réduction des risques en milieu carcéral prévoit différentes possibilités d'accès aux soins pour les détenus toxicomanes (circulaire du 5 décembre 1996) :

- dépistage du VIH et des hépatites théoriquement proposé à l'entrée (CDAG – volontariat) mais pas systématique pour le VHC (source : POPHEC, Premier observatoire en prison de l'hépatite C) ;
- mesures prophylactiques (mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des détenus de traitements post-exposition) ;
- mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) ;
- accès aux TSO et mise à disposition d'eau de Javel pour désinfecter tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings).

Il n'existe pas en France de programme d'échange de seringues dans les prisons (initiative jugée « prématurée » par la Mission santé-justice en 2000) ou de programme spécifique d'information, en milieu carcéral, sur les modes de contamination liés aux pratiques d'injection.

9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues

9.2.1. Infractions à la législation sur les stupéfiants

Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants

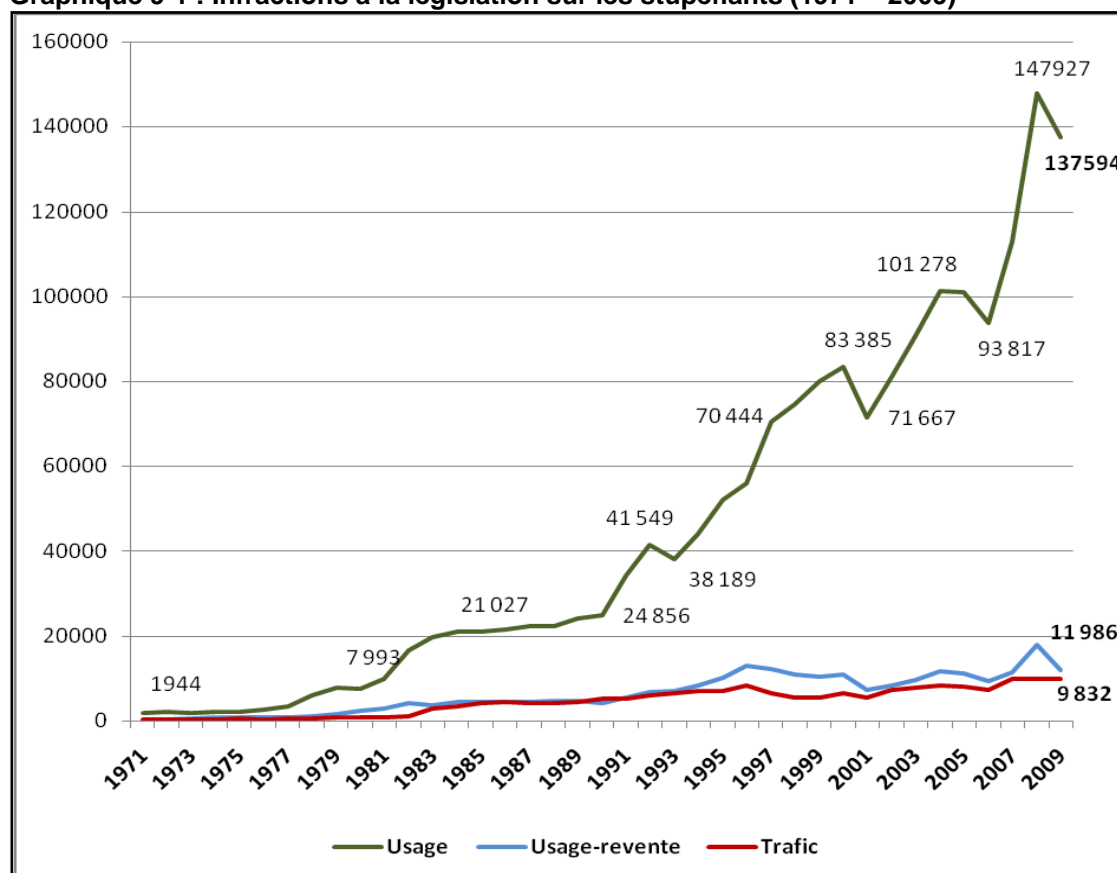
Le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants a explosé au cours des 30 dernières années (cf. Graphique 9-1). Quasiment 90 % de tous les cas signalés en France sont liés à l'usage ou la possession de drogues. Les rapports de police enregistrant les infractions liées à la drogue n'ont cessé d'augmenter depuis les années 1980, bien que l'on ne sache pas précisément si cela est dû à une hausse de l'activité de la police, une augmentation de l'usage et du trafic de drogues ou aux meilleures performances des systèmes de regroupement des données (ou encore à d'autres facteurs) (OCRTIS 2009).

Causes des interpellations

L'usage "ponctuel" (simple) de stupéfiants reste la principale cause des interpellations, représentant un total de 137 594 interpellations, soit 86,3 % des interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants en 2009. C'est un pourcentage qui a légèrement augmenté depuis 1998. En 2009, 11 986 interpellations pour usage-vente ont été enregistrées. Il s'agit de la deuxième cause d'interpellations, soit 7,5 % de toutes les interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants.

Les 21 818 interpellations pour trafic de drogues enregistrées en 2009 peuvent être divisées en deux catégories : interpellations pour trafic international et interpellations pour trafic local. Elles représentent 6,2 % de toutes les interpellations pour des infractions liées à la drogue.

Graphique 9-1 : Infractions à la législation sur les stupéfiants (1971 – 2009)



Source : FNAILS⁹⁸, OCRTIS

⁹⁸ Voir liste des sources détaillées, annexe 6-8

Substances impliquées dans les infractions à la législation sur les stupéfiants

En 2009, le cannabis reste la principale substance concernée par les interpellations pour des infractions liées à la drogue, quelles que soient les raisons de l'interpellation, avec 90,8 % des interpellations pour usage de drogue et 69,9 % pour usage-revente et trafic de drogue.

Tableau 9-1 : Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2009

	Usage	%	Usage/vente et trafic	%	Total	%
Cannabis	124 921	90,8%	15 258	69,9%	140 179	87,9%
Héroïne	7 115	5,2%	2 974	13,6%	10 089	6,3%
Cocaïne	3 768	2,7%	2 752	12,6%	6 520	4,1%
Crack	637	0,5%	205	0,9%	842	0,5%
Ecstasy	323	0,2%	149	0,7%	472	0,3%
Médicaments (1)	409	0,3%	262	1,2%	671	0,4%
Amphétamines	210	0,2%	96	0,4%	306	0,2%
Champignons hallucinogènes	66	0,0%	7	0,0%	73	0,0%
Autres drogues (2)	145	0,1%	115	0,5%	260	0,2%
Total	137 594	100,0%	21 818	100,0%	159 412	100,0%

Source : OSIRIS, OCRTIS.

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

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

Après le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont les principales substances impliquées dans les interpellations liées à la drogue. Les interpellations pour usage d'héroïne sont plus fréquentes que celles pour usage de cocaïne (5,2 contre 2,7 %) avec des chiffres identiques pour les interpellations pour usage-revente et trafic : les interpellations pour usage-revente/trafic d'héroïne (2 974 au total) représentaient 13,6 % de l'ensemble des interpellations, alors que les interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne représentaient 12,6 % de ces interpellations.

Il faut signaler l'importance relative en France du nombre d'interpellations liées au détournement de médicaments (en particulier le Subutex® mais également des médicaments non spécifiés, utilisés sans ordonnance) et à l'usage de champignons hallucinogènes.

La chute en 2009 du nombre d'interpellations signe un changement majeur, après plusieurs années de hausse. (cf. Tableau 9-2).

Tableau 9-2 : Evolution du nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009	Evol. 08/09
Usage						
Cannabis	90 905	83 980	97 460	133 160	124 921	-6,19%
Héroïne	4 486	4 955	6 438	7 827	7 115	-9,10%
Cocaïne	2 807	2 943	4 043	4 430	3 768	-14,94%
Crack	691	454	494	784	637	-18,75%
Ecstasy	1 272	753	751	619	323	-47,82%
Médicaments	313	287	332	435	409	-5,98%
Amphétamines	263	191	294	364	210	-42,31%
Champignons hallucinogènes	175	134	142	120	66	-45,00%
Autres drogues	135	120	2 969	188	145	-22,87%
Total	101 047	93 817	112 923	147 927	137 594	-6,99%
Usage/vente et trafic						
Cannabis	12 929	10 942	13 154	19 685	15 258	-22,49%
Héroïne	2 170	2 100	2 952	3 792	2 974	-21,57%
Cocaïne	2 571	2 561	3 116	3 168	2 752	-13,13%
Crack	370	202	269	264	205	-22,35%
Ecstasy	812	480	388	397	149	-62,47%
Médicaments	200	194	245	314	262	-16,56%
Amphétamines	90	78	109	82	96	+17,07%
Champignons hallucinogènes	39	20	10	17	7	-58,82%
Autres drogues	77	92	1 154	107	115	+7,48%
Total	19 258	16 669	21 397	27 826	21 818	-21,59%

Source : OSIRIS, OCRTIS.

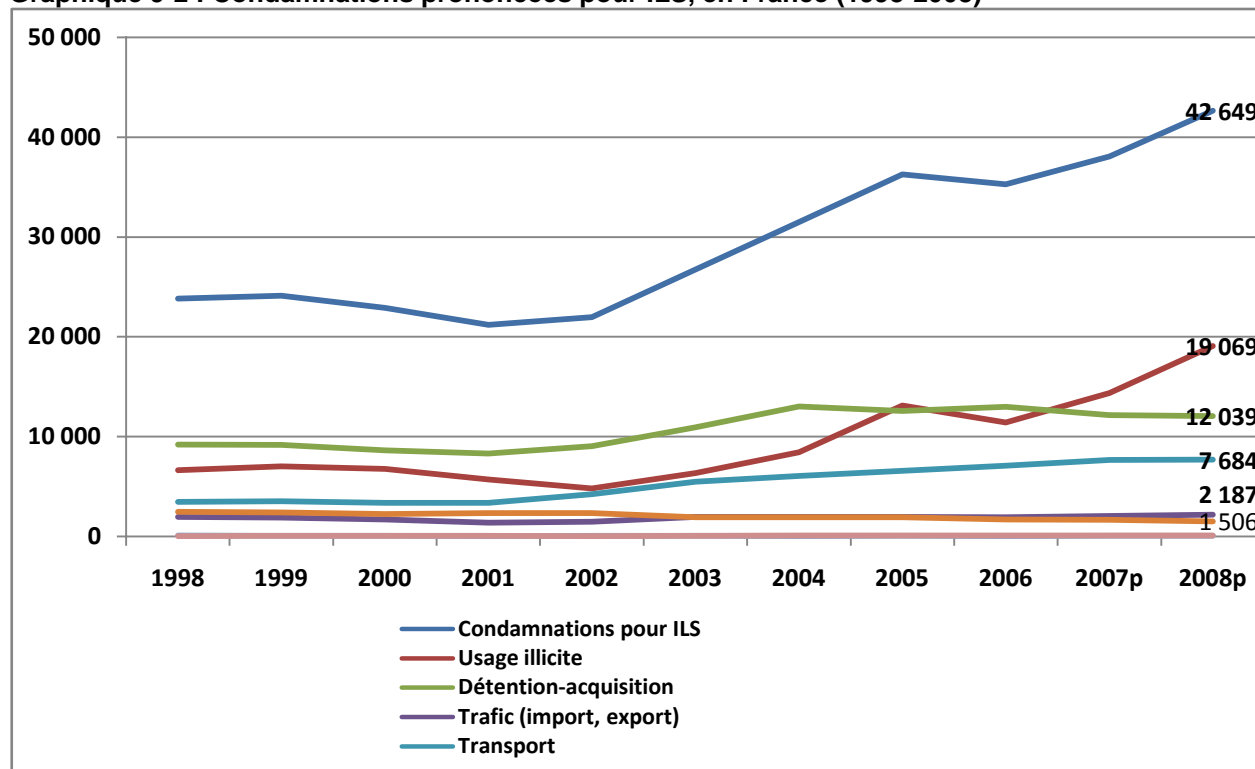
Données du ministère de la Justice : condamnations

Les statistiques relatives aux condamnations sont publiées avec un retard de deux ans. Les informations ci-dessous concernent donc l'année 2008 et ne sont pas officiellement considérées comme définitives (Justice, 2009).

Un total de 42 649 condamnations a été prononcé en 2008 pour des cas dans lesquels une infraction liée à la drogue était mentionnée comme délit principal⁹⁹, soit 12,1 % de plus qu'en 2007.

⁹⁹ Une condamnation peut couvrir plusieurs infractions (c'est une situation fréquente lorsque des infractions liées à la drogue sont concernées). L'infraction principale est celle qui est listée en premier dans le casier judiciaire, même si ce n'est pas toujours le délit le plus grave.

Graphique 9-2 : Condamnations prononcées pour ILS, en France (1998-2008)



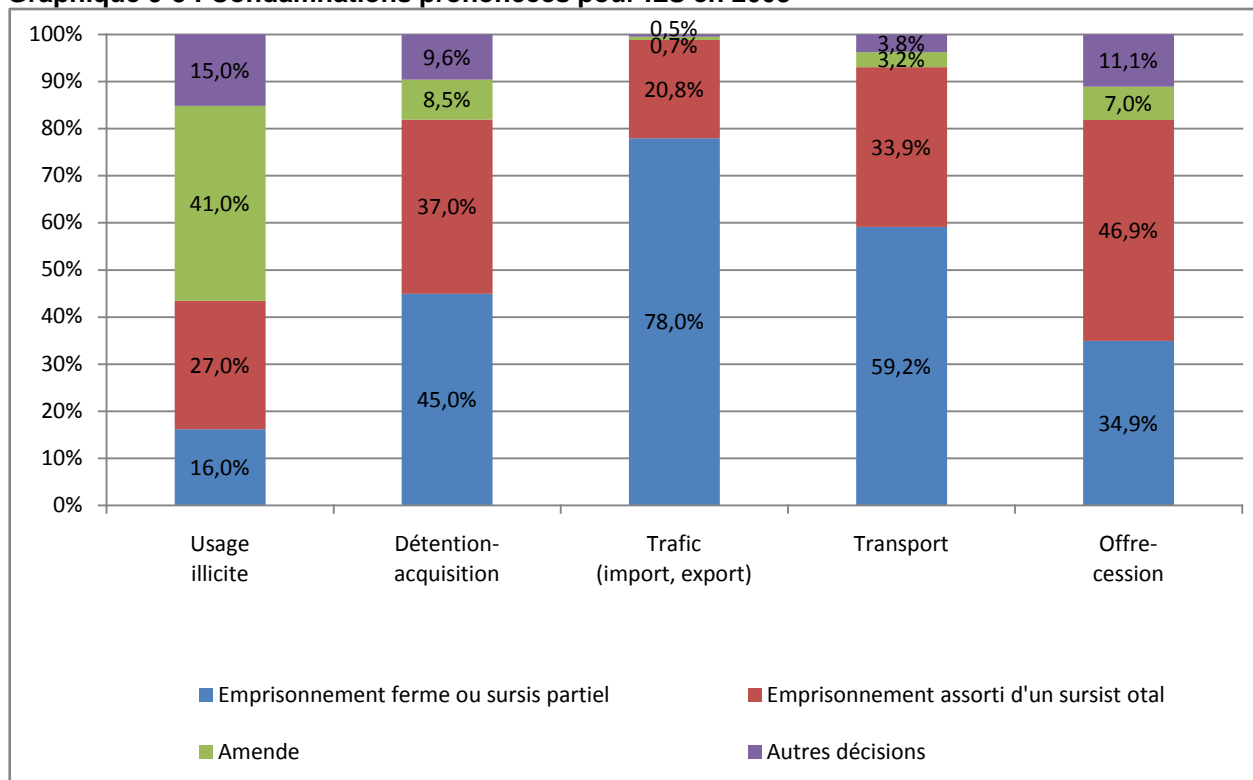
Données 2008 provisoires.

Source : Données provenant de l'Annuaire des Statistiques du Ministère de la Justice 2009

En 2008, 19 069 condamnations ont été prononcées pour usage simple (soit une augmentation de 33 % par rapport à 2007). Avec 44,7 % des condamnations, l'usage est devenu de loin le premier délit lié à la drogue entraînant une condamnation (voir Graphique 9-3).

En 2008, 80 % des condamnations pour trafic ont entraîné une peine privative de liberté (emprisonnement incompressible ou associé à un sursis partiel), contre 16 % des condamnations pour usage, qui ont entraîné le plus souvent des amendes (41 %) ou des peines de substitution comme des jours-amendes ou un travail d'intérêt général (15 %) (Voir Graphique 9-4).

Graphique 9-3 : Condamnations prononcées pour ILS en 2008



Données 2008 provisoires

Source : Données provenant de l'Annuaire des statistiques du ministère de la Justice 2009

Données du ministère de la Justice : incarcérations

Les données du graphique indiquent que le nombre de délinquants toxicomanes entrant en prison est resté stable au cours des 5 dernières années. En 2009, selon le FND (Fichier national des détenus), 11 823 délinquants toxicomanes ont été incarcérés.

9.2.2. Autres délits liés à la drogue

Conduite de véhicule après avoir consommé des stupéfiants (« Conduite sous l'emprise de stupéfiants ») : dépistage et condamnations en 2005-2006 (Ministère de l'Intérieur (sous-direction de la statistique 2006))

La législation en vigueur

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont introduit le dépistage automatique des stupéfiants chez tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route entraînant un décès immédiat et le lancement d'une étude épidémiologique (réalisée entre octobre 2001 et 2003). La loi du 3 février 2003 a introduit une nouvelle infraction visant à sanctionner tout conducteur dont les analyses sanguines révélaient la présence de stupéfiants. Les conducteurs ayant commis cette infraction sont condamnés à 2 ans d'emprisonnement et à 4 500 € d'amende. Ces peines peuvent atteindre 3 ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende en cas de consommation d'alcool en plus de toute autre substance illicite.

Une nouvelle procédure de contrôle anti-drogue effectuée sur les routes a été mise en place : des appareils permettant de réaliser des tests salivaires pour le dépistage sur site des conducteurs suspectés d'avoir consommé des drogues sont autorisés depuis 2005, mais ils

ne sont réellement utilisés que depuis 2008¹⁰⁰. Jusqu'alors, la procédure de dépistage était réalisée avec des tests urinaires en bord de route, en présence d'un médecin. Cette procédure était considérée comme trop compliquée et trop coûteuse pour les résultats attendus. Depuis 2008, les conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogue sont dépistés à l'aide des tests Drugwipe® - bien que les rapports Rosita (RoadSide Testing Assessment) et Rosita 2¹⁰¹ aient tous deux conclu que des améliorations devraient être apportées en matière de détection du cannabis et des benzodiazépines par les tests Drugwipe®. Le dépistage et les concentrations du seuil de détectabilité pour le THC, les drogues stimulantes de type amphétamines, la cocaïne et les opiacés dans la salive sont respectivement 15 ng/ml, 50 ng/ml, 10 ng/ml et 10 ng/ml de salive¹⁰². Le nombre de cas de faux positifs est sensé être réduit par une analyse sanguine réalisée dans un cadre médical chaque fois que le test salivaire (réalisé en bordure de route) se révèle positif pour les conducteurs testés pour le cannabis, les drogues stimulantes de type amphétamines, la cocaïne et les opiacés.

A la fin de l'année 2008, 52 000 kits avaient été distribués aux forces de l'ordre à travers la France. Ce système en deux étapes est toujours en place.

Le dépistage (analyses sanguines ou tests urinaires s'il est impossible d'obtenir un échantillon de sang) est obligatoire dans tous les accidents entraînant un décès immédiat, ou dans les cas impliquant des préjudices corporels lorsque le conducteur est suspecté d'avoir consommé de la drogue. Le dépistage est également autorisé pour les conducteurs impliqués dans des accidents de la route ou qui commettent certaines infractions au code de la route, ou lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de le soupçonner d'avoir fait usage de stupéfiants (art. L235-2 du code de la route).

Dans son communiqué de presse du 18 février 2010, le Comité interministériel de la sécurité routière a annoncé des évolutions relatives au dépistage des conducteurs sous l'emprise de stupéfiants, notamment par l'accroissement du nombre de tests salivaires pratiqués en bord de route. Les nouvelles mesures décidées pour 2010 prévoient :

- de faire passer le nombre de contrôles de stupéfiants à 100 000 par an, notamment par l'augmentation de l'usage des tests salivaires ;
- de rendre le dépistage des drogues obligatoire dans tous les cas d'accidents corporels, alors qu'il n'était jusqu'à présent que facultatif. Pour les accidents mortels, il reste obligatoire ;
- de laisser à l'appréciation des gendarmes la possibilité de pratiquer un dépistage en cas d'accidents matériels ou lorsque qu'un conducteur est présumé avoir consommé des stupéfiants ;
- de pratiquer un dépistage en cas d'une quelconque infraction au code de la route ;

¹⁰⁰ Loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000235043&dateTexte=>) ; Loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière (<http://droit.org/jo/20030613/EQUX0200012L.html>) ; Comité interministériel de sécurité routière du 24 janvier 2005, promouvant le recours aux tests oraux de fluides réalisés sur le bord de la route et l'introduction systématique des tests salivaires (http://www2.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/DP_CISR_24-01-05.pdf) ; Arrêté du 24 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités de dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière (NOR SJSP0817087A).

¹⁰¹ Gardons à l'esprit que les rapports Rosita ont été soumis à la Commission européenne en 2006. Leur objectif était de mettre en question la validité clinique des tests salivaires concernant la détection du cannabis. Le THC présent dans l'urine et le sang était détecté dans moins de la moitié des tests (46 %).

¹⁰² Arrêté du 24 juillet 2008 : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/jopdf/2008/0730/joe_20080730_0044.pdf

- la réalisation de contrôles aléatoires sur réquisition du procureur de la République (comme pour les tests d'alcoolémie) ;
- de faire payer au contrevenant le montant des analyses de sang réalisées en laboratoire, qui seront obligatoirement pratiquées lorsque qu'un test salivaire est positif à une quelconque drogue. Jusqu'à présent, ces examens étaient à la charge du contribuable : désormais, ce sera le contrevenant qui s'acquittera du coût de 300 € par test. Quand le résultat est négatif toutefois, aucune somme n'est demandée à l'automobiliste, et l'examen reste à la charge du ministère de la Justice.

Dépistage en 2009

Environ 63 500 contrôles de stupéfiants ont été réalisés en 2009, dont 34,6 % ont donné un résultat positif. Les statistiques du ministère de l'Intérieur ne précisent pas s'il s'agit uniquement de tests salivaires ou si ce chiffre inclut aussi les dépistages en laboratoire.

Condamnations prononcées en 2008

Le nombre de condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants a augmenté au cours des dernières années : 2 976 en 2005, 3 988 en 2006, 5 185 en 2007, 6 589 en 2008 (source : Casier judiciaire national).

En 2008, 6 589 condamnations ont été prononcées, soit une augmentation de 27 % par rapport à 2007. Parmi ces condamnations, 42,2 % ont entraîné une peine de prison (dont seulement 15 % comprenaient une privation de liberté partielle ou totale incompressible) ; 42,2 % impliquaient également une amende et 15,6 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

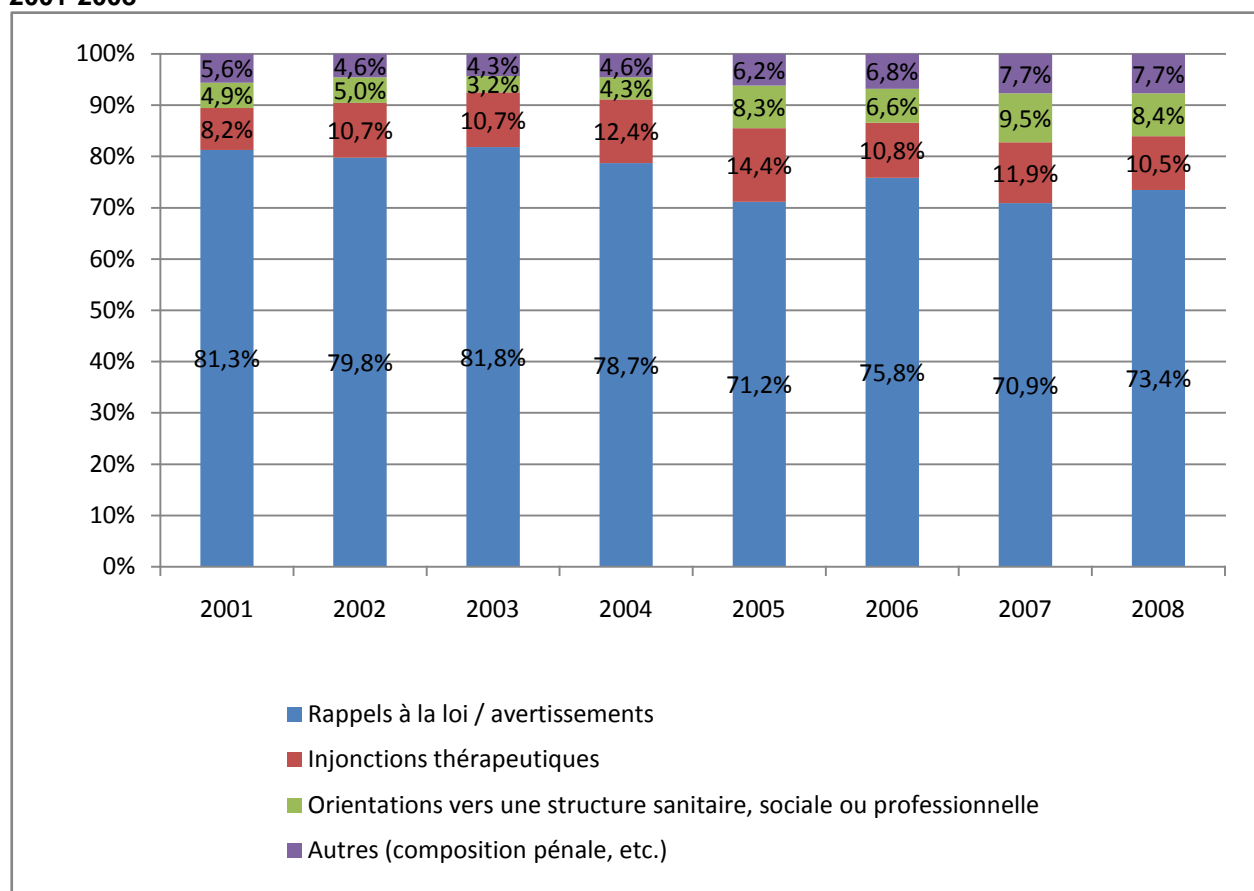
Les peines ont tendance à être moins sévères lorsqu'il s'agit de conduite sous l'influence de stupéfiants seuls ou de refus de coopérer. En revanche, elles sont plus sévères en cas de dommages corporels (8,4 peines sur 10 entraînent une peine de prison) et particulièrement en cas d'homicide, 45 % se soldent par une peine de prison incompressible, avec une durée moyenne de 9,6 mois par peine.

9.3. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Le système pénal français dispose de plusieurs options quant aux soins ordonnés par le juge, certaines d'entre elles incluant un traitement quasi-obligatoire (libération conditionnelle avec une injonction de soins, sevrage obligatoire, rappel à la loi pouvant être associé à une obligation de soins). L'obligation de soins peut être utilisée comme alternative aux poursuites judiciaires (suspension des poursuites, obligation de dépistage et de soins [« injonction thérapeutique »]) ou à l'emprisonnement (comme alternative ou complément aux sanctions et aux procédures pénales existantes : obligations de soins ordonnées par le juge pour les délinquants toxicomanes dans le cadre d'une suspension de condamnation, intervention préalable au jugement, travaux d'intérêt général, déjudiciarisation, sursis).

L'observation des affaires pénales enregistrées en région parisienne (qui représentent 25 % du contentieux national en matière d'ILS) montre une augmentation du volume d'affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets entre 2001 et 2008 : ce chiffre a presque doublé, passant de 10 261 à 17 353. Dans le même temps, la part des classements sans suite dans l'ensemble des décisions a chuté et la part des alternatives aux poursuites, à l'inverse, s'est renforcée (cf. Graphique 9-3). Rares jusqu'à la fin des années 1990, les alternatives aux poursuites représentent aujourd'hui 70 % des orientations prononcées en cas d'usage, tandis que la proportion de rappels à la loi a reculé.

Graphique 9-4 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2008



Source : données collectées auprès du Centre d'informations Cassiopée, ministère de la Justice (Paris et sa région, uniquement)

Les exemples les plus récents d'orientations sanitaires se trouvent dans les cliniques proposant des consultations sur le cannabis pour les jeunes usagers (« consultations jeunes consommateurs ») qui sont en place depuis 2004. Il a été démontré que 50 % des patients en ambulatoire reçus dans ces cliniques (dépistage, consultation et intervention brève) étaient envoyés par la justice, en particulier parmi les hommes et les jeunes adultes (OBRADOVIC 2009). La participation à ces sessions de sensibilisation était soit une mesure alternative aux poursuites judiciaires (66 %) soit une peine sous forme d'injonction thérapeutique (pour 26 % des patients en ambulatoire), le fait de ne pas respecter cet obligation entraînant un emprisonnement immédiat (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend.html>).

En plus de ces différentes options de traitement, l'éventail des alternatives aux poursuites proposé aux délinquants toxicomanes a été étendu depuis la loi du 5 mars 2007 et le décret du 16 avril 2008 (cf. chapitre 1). Les adultes et les mineurs arrêtés en possession de marijuana doivent se soumettre à un stage payant de sensibilisation aux dangers des drogues. Comme indiqué dans la circulaire du ministère de la Justice 08/11 du 9 mai 2008¹⁰³, toutes les personnes qui utilisent même des petites quantités de drogues illicites devront être condamnées à une peine. L'objectif pédagogique de ces stages de formation obligatoires est d'informer les usagers sur les drogues, leur utilisation et leurs dangers, sur les politiques et lois en vigueur en matière de drogues ainsi que sur les conséquences de leur violation.

En 2008, 1 600 personnes ont été condamnées à suivre un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, dont 300 mineurs (soit moins de 20 %). Le

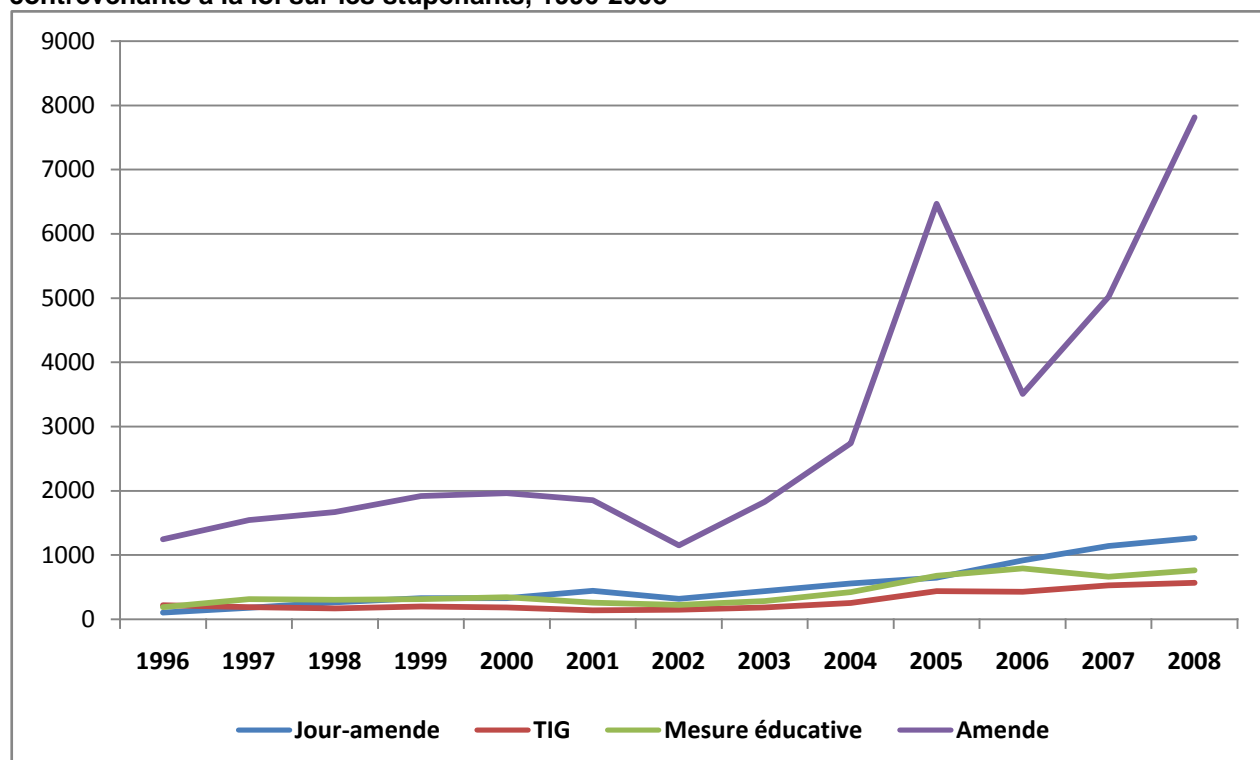
¹⁰³ Circulaire CRIM 08-11/G4-09.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR JUS D0811637C)

ministère de la Justice a mis en place un système d'évaluation de la mise en œuvre des stages sur la première année, au cours des trois derniers trimestres 2008 et du premier trimestre 2009 (ministère de la Justice, 2009). La moitié des tribunaux (45,3 %) ont répondu (n=82) : les données disponibles, basées sur un échantillon de 27 175 cas impliquant un usage de drogues montrent que 9 % des peines prononcées par les tribunaux comprenaient la participation à des stages de sensibilisation aux drogues (n=2311, sur 42 des 82 tribunaux répondants) et 14 % relevaient de l'injonction thérapeutique (n=3815, sur 44 des 82 tribunaux répondants). 95 % de ces peines ont été proposées comme alternatives aux poursuites. De plus, 395 stages de sensibilisation aux drogues concernaient des usagers de drogue de moins de 18 ans (17 % des peines) et 1 916 impliquaient des usagers adultes. Quant aux obligations de dépistage et de soins, 467 concernaient des mineurs (12 %) et 3 348 des usagers adultes (88 %). L'enquête menée par le ministère de la Justice auprès des juridictions montre en outre qu'il existe des réponses très diversifiées d'une juridiction à l'autre : certains tribunaux sont très impliqués dans la mise en œuvre des injonctions thérapeutiques et des stages de sensibilisation, s'appuyant sur un réseau associatif dynamique, tandis que d'autres semblent réticents à mettre en œuvre ce nouveau dispositif.

9.4. Interventions dans le système pénal

En parallèle de la procédure pénale, les personnes reconnues coupables d'infraction à la législation sur les stupéfiants (loi de 1970) peuvent bénéficier d'une alternative leur évitant une peine de prison ou une amende. Ces alternatives à l'emprisonnement peuvent prendre différentes formes : travaux d'intérêt général, peines en « jours-amendes » (expression qui correspond littéralement aux jours de prison réglés en amendes), ou d'autres types de peines. Bien que les données nationales sur ce sujet soient fragmentaires, elles montrent une augmentation du nombre et des proportions de ces mesures appliquées aux usages simples de drogues.

Graphique 9-5 : répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées contre les contrevenants à la loi sur les stupéfiants, 1996-2008



Données 2008 provisoires

Source : données provenant de l'Annuaire des statistiques du ministère de la Justice 2009

9.5. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison

L'étude la plus récente sur ce sujet a été réalisée en 2003. Elle a révélé que 33 % des personnes entrant en prison ont signalé avoir consommé régulièrement des drogues illicites ou des médicaments détournés de leur usage au cours de l'année précédant leur incarcération, alors que dans la population générale, l'usage régulier de drogues illicites concernait 6 % des 18-25 ans en 2002 et 2 % des 26-44 ans. Ces données indiquent clairement une surreprésentation des usagers de drogue par rapport à la population générale. Même si les données actuellement disponibles doivent être mises à jour, il est admis que 29,8 % des détenus déclarent avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente ; 7,7 % déclarent avoir consommé de la cocaïne ou du crack au cours de la même période ; 6,5 % mentionnent l'héroïne, 5,4 % les médicaments détournés et 4 % le LSD, l'ecstasy ou les produits à inhaler au cours de l'année précédente (données collectées en 2003, DREES, 2005).

Les études montrent que toutes les substances fumées, sniffées, injectées ou avalées avant l'incarcération sont toujours utilisées, bien qu'en plus faibles quantités, pendant la période d'emprisonnement (Rotily (2000)). De plus, l'utilisation de substances faciles à obtenir, comme les médicaments, a augmenté dans les établissements pénitentiaires. En général, on observe un report relatif de l'usage des drogues illicites et rares vers les médicaments (Stankoff et al. 2000).

L'usage de stupéfiants, qu'il soit initié ou poursuivi en prison, a une influence majeure sur l'état de santé des individus concernés, à savoir des abcès importants et des risques d'accidents lorsque les médicaments sont associés à d'autres substances, des syndromes de sevrage graves et plus longs, en plus de l'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques. En termes de santé et de conséquences sociales de la toxicomanie, les détenus constituent également une population plus susceptible de combiner des facteurs de risque. Le faible niveau d'accès au traitement et plus généralement les situations de précarité et d'exclusion auxquelles il est confronté avant l'incarcération (y compris l'absence d'un domicile stable ou d'une couverture sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence de la consommation à « haut risque » chez les nouveaux détenus.

L'utilisation de l'injection comme voie d'administration tend à être plus importante parmi cette population précaire, bien que le nombre de personnes utilisant la voie intraveineuse semble en régression : en 1997, 6,2 % des nouveaux détenus ont indiqué avoir consommé des drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant leur incarcération (Mouquet et al 1999). En 2003, seuls 2,6 % des nouveaux détenus ont déclaré avoir utilisé l'injection comme voie d'administration. Selon les études, entre 60 % et 80 % des détenus arrêtent de s'injecter lorsqu'ils sont en prison. Ceux qui continuent réduisent la fréquence des injections, mais semblent être les personnes les plus dépendantes à cette voie d'administration. Elles sont également plus fréquemment contaminées par le VIH et/ou l'hépatite C. Cela signifie que les risques de contamination lors du partage du matériel d'injection, de relations sexuelles non protégées ou de tatouages sont très élevés.

9.6. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons

Même si les conditions d'incarcération ont été soulignées par plusieurs rapports parlementaires, institutionnels et internationaux, la population carcérale a continué d'augmenter en France en 2009 par rapport au nombre de places disponibles. La population détenue s'est stabilisée à un niveau élevé : on comptait 63 277 détenus en juin 2009 pour 51 000 places. Le taux moyen de surpopulation dans les maisons d'arrêt est de 140 %. Au total, environ deux tiers (63 %) des établissements pénitentiaires sont en surpopulation et 7 % d'entre eux atteignent une densité de 200 % (soit deux détenus pour une seule place). La densité globale en 2008 était de 126 % en France, pour une moyenne de 102 % en Europe. La stabilité d'ensemble cache une hausse du nombre de condamnés et une baisse du nombre de prévenus.

Des données récurrentes mettent en exergue les difficultés intrinsèques aux soins personnalisés dans des conditions de surpopulation carcérale, en particulier pour les usagers de drogues. Cette préoccupation est inscrite dans plusieurs plans d'action nationaux, comme le Plan hépatites 2009-2012 ou le Second plan national santé environnement. Dans le contexte d'un nouveau projet de loi pénitentiaire, un inspecteur général des prisons et des autres institutions fermées (comme les centres d'expulsion des immigrés, les institutions pour les jeunes délinquants, etc.)¹⁰⁴, actuellement nommé « contrôleur général des lieux de privation de liberté » a été nommé en 2008. Une équipe de 21 inspecteurs a été nommée, avec un budget de 3 182 millions d'euros pour l'année 2009. La responsabilité de cet Inspecteur général des prisons était de réaliser un rapport sur le traitement des détenus et les conditions de vie dans les prisons. Le premier rapport de 2008 a montré que les détenus étaient confrontés à un espace de vie restreint, un manque d'intimité, des conditions sanitaires déplorables, la transmission de maladies, une alimentation insatisfaisante et des soins de santé inadaptés (Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2009). Le second rapport annuel a abordé d'autres éléments importants de la vie en captivité relatifs d'une part aux activités proposées aux détenus d'autre part à l'usage de la vidéosurveillance (Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2010).

Un des objectifs du plan d'action national 2008-2011 sur les drogues était « d'améliorer les soins et la continuité des soins fournis aux personnes dépendantes à l'alcool et à la drogue en prison ». Le plan préconisait une stratégie de prévention coordonnée et une prise en charge des addictions en prison associées aux directives déjà identifiées dans le mémo interministériel du 9 août 2001. Cette orientation générale a conduit à des mesures spécifiques :

- la mise en place de consultation d'hépatologie en prison, y compris avec la mise à disposition du Fibroscan® ;
- la diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur les traitements de substitution aux opiacés ;
- l'étude des moyens plus appropriés pour fournir des informations sur le VIH et les hépatites ainsi que sur les avantages du dépistage et de son renouvellement lorsque les marqueurs sont négatifs.

Un appel d'offre national a été lancé, dans l'objectif de sélectionner des agences pour coordonner des programmes courts et accessibles d'accueil dédiés aux sortants de prison, dans le cadre de structures sociales et médico-sociales existantes (avec hébergement), en coopération avec les hôpitaux intervenant dans les établissements pénitentiaires. Les résultats devraient être évalués prochainement.

9.6.1. Traitements (y compris le nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés)

Seules quelques unes des 186 institutions pénitentiaires en France ont développé un programme de soins spécifique pour les toxicomanes. Les centres d'addiction existent dans 16 grandes institutions correctionnelles : des UPS pilotes (Unités pour sortants) ont ouvert dans 7 prisons en 1997 (2 ont fermé en 2003) et les CCAA ont ouvert dans seulement 3 établissements. Les 102 SPIP (Services pénitentiaires d'insertion et de prévention) jouent un rôle dans le suivi social de tous les détenus et dans leur intégration au moment de leur libération de prison ; ils garantissent une réintégration sociale aux toxicomanes (y compris ceux qui ont commencé leur traitement en prison) en les orientant vers des organisations partenaires, généralement des organismes publics et des associations.

¹⁰⁴ Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (NOR: JUSX0758488L) ; Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=JUSX0758488L>

Théoriquement, les médicaments de substitution peuvent être prescrits aux détenus de la même manière que pour le reste de la population, afin de commencer ou de poursuivre un programme thérapeutique avec le Subutex® (depuis 1996) ou la méthadone (depuis la publication de la circulaire n°2002/57 du 30 janvier 2002). Toutes les prisons pour adultes doivent fournir des traitements de substitution aux détenus lorsqu'ils arrivent dans l'établissement (conformément aux indications de la circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996).

Le ministère de la Santé a réalisé quatre études successives sur les traitements de substitution (mars 1998, novembre 1999, décembre 2001 et février 2004) qui démontrent qu'il est plus facile pour les héroïnomanes d'obtenir des traitements de substitution en dehors des prisons que pendant leur séjour en milieu carcéral, même si le pourcentage de la population carcérale recevant des traitements de substitution a augmenté : 2% en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001 et 6,6% en 2004, avec une majorité de traitements à base de buprénorphine à haut dosage (78 % en 2004 contre 22 % des traitements à base de méthadone). Le pourcentage de personnes interrompant leurs traitements de substitution à leur arrivée en prison a chuté, passant de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001.

L'étude la plus récente sur ce sujet spécifique, achevée en 2007 (OBRADOVIC et al. 2008b), a démontré un élargissement de l'accès à la méthadone en prison. Parmi la population carcérale dépendante aux opiacées, 40 % recevaient un traitement à la méthadone. Parmi les difficultés les plus souvent rencontrées lors de la prescription de méthadone, la plus importante est de connaître la date de sortie du patient, la libération anticipée (40 %) étant prise en compte. La seconde difficulté est en lien avec la contrainte inhérente à l'initiation du traitement à la méthadone, notamment la durée courte du séjour des prisonniers en détention, en particulier dans les maisons d'arrêt, rendant impossible le suivi des patients sur le long terme. De plus, presque un quart des professionnels répondant à l'étude (24 %) a indiqué une préférence pour le BHD pour traiter les détenus dépendants aux opiacés. En outre, 22 % des établissements ont mentionné des difficultés pour trouver une organisation du suivi permettant de prendre en charge le traitement des prisonniers au moment de leur sortie, et un nombre similaire de professionnels a mentionné un manque de personnel (20 %), qui a un impact négatif sur l'organisation de la distribution de la méthadone. Il est toutefois nécessaire de mentionner que plusieurs établissements pénitentiaires ont continué de citer les réticences des médecins à prescrire des traitements de substitution aux opiacées, et plus d'un quart ont indiqué qu'ils n'avaient pas prescrit de méthadone au cours des six mois concernés en 2006.

Il a également été démontré que l'état de santé des patients dépendants aux opiacés déclarant bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés lors de leur entrée en prison était plus mauvais, leurs niveaux d'usage des opiacés plus importants et leurs antécédents criminels plus longs. Ils étaient également moins intégrés socialement que les patients sans traitement de substitution (Marzo JN et al. 2009).

9.6.2. Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue

Les stratégies de réduction des risques sont destinées à réduire les dommages, très souvent en modifiant les comportements d'usage et les effets de l'usage des drogues (acquisition, usage et sevrage). Aucun nouveau document stratégique depuis le plan gouvernemental 2008-2011 n'a abordé les problèmes publics rencontrés dans les trois niveaux des dommages liés aux drogues :

- Les dommages dus à l'acquisition des drogues peuvent être associés aux risques d'être exposé à des situations à hauts risques, comme la délinquance (soit en étant exposé, soit en commettant des délits comme la vente de drogue, le vol, etc.).
- Les dommages associés à la drogue utilisée, à la quantité consommée et à au mode d'administration, générant des effets pharmacologiques et des conséquences sur la santé de l'individu (par exemple, l'injection de drogues peut entraîner des problèmes veineux,

des abcès, des dégradations cutanées, le VIH et d'autres maladies infectieuses lors du partage des seringues et matériels d'injection et, bien sûr, le risque d'overdose).

- Les dommages dus au syndrome de manque suite au sevrage des drogues, associés aux effets de la diminution ou de l'arrêt des drogues qui peuvent perturber le travail et le fonctionnement social de l'individu.

9.6.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses semblent être plus répandues chez les détenus qu'en population générale. Les données les plus récentes indiquent que la prévalence du VIH dans la population carcérale est 3 à 4 fois plus élevée qu'en population générale et celle de l'hépatite C 4 à 5 fois plus élevée. Tout comme « à l'extérieur » cependant, la prévalence du VIH en prison diminue alors que celle de l'hépatite C continue nettement de croître.

Finalement, il n'existe aucun programme d'échange de seringues ou de programmes similaires en France en milieu carcéral. Une circulaire de l'administration pénitentiaire a autorisé la distribution gratuite et systématique d'eau de javel aux détenus depuis 1996, mais aucune évaluation n'a été réalisée de sa mise en application.

Aucun texte légal n'interdit explicitement le tatouage. Par ailleurs, la réglementation indique que les préservatifs doivent être mis à disposition, en particulier dans les UCSA.

Prévention des maladies infectieuses

Les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. A leur arrivée en prison, tous les détenus passent par une consultation médicale réalisée par l'UCSA, avec dépistage de la tuberculose, un test volontaire et gratuit du VIH et, plus récemment, le dépistage de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 institutions pénitentiaires (ce sont en général des prisons plus grandes), alors que les UCSA s'occupent des soins somatiques.

Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a fixé un objectif consistant à « favoriser la prise en charge et la continuité des soins des usagers de drogues et d'alcool incarcérés en vue de réduire les risques associés et de prévenir la récurrence », considérant que les moyens du dispositif actuel sont insuffisants pour assurer la prise en charge de ces problèmes. Il propose ainsi de confier par modification réglementaire le pilotage de la prise en charge des addictions aux unités hospitalières en milieu carcéral, les UCSA, et de définir des objectifs à atteindre en terme de soins aux personnes dépendantes et accroître les moyens financiers de ces services. Il en appelle également à la mise en place d'un « véritable plan addictions prisons », comportant notamment la mise en place de consultations d'hépatologie avec mise à disposition de Fibroscan®, la formation des professionnels de santé aux addictions et aux hépatites, une information des usagers sur l'hépatite C.

9.6.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison

Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a recommandé de réaliser et diffuser un guide de bonnes pratiques professionnelles (concernant en particulier les traitements de substitution aux opiacés). Avec le soutien de la MILDT, l'Observatoire international des prisons a en effet élaboré et diffusé un guide pratique des sortants de prison en 2009.

9.7. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison

Le Plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies a également prévu de créer des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures existantes, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison, pointant « un besoin majeur de lieux d'hébergement à la sortie de prison ». A ce jour, dans le

cadre beaucoup plus large du travail mené par la MILDT sur les communautés thérapeutiques en général, s'est engagée une réflexion sur l'existence de telles structures en milieu pénitentiaire, ou sur la création d'établissements de ce type accueillant des sortants de prison.

10. Marché des drogues

10.1. Introduction

L'appréhension de l'état du marché des drogues illicites passe par l'évaluation de la *disponibilité* et l'*accessibilité* d'une substance donnée, par l'évolution des quantités saisies, ainsi que l'analyse de l'évolution de son prix de détail.

Enfin, le suivi de l'offre implique également la surveillance de la composition (taux de pureté, produit de coupage) des produits en circulation.

Disponibilité, accessibilité

La *disponibilité* peut se définir comme la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Cette disponibilité est dite "perçue" dans la mesure où elle est appréciée par des observateurs dits sentinelles dédiés à cette fonction.

L'*accessibilité* désigne le degré d'effort à soutenir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être en effet disponible mais peu accessible. Il existe plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance, les lieux (public/privé), la plage horaire (nuit/jour), le type réseau.

La principale source d'information sur ce champ est constituée par le dispositif d'observation pérenne, « Tendances récentes et nouvelles drogues » (TREND), qui recueille, depuis 1999, des informations, principalement qualitatives (accessibilité, disponibilité, prix), 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 fréquentés par les usagers actifs de drogues (squats, rue, structures de bas seuil, zones de transit...); le second désigne les événements ou établissements festifs relevant surtout de la culture techno, alternatif (teknival, free-party, etc.) ou commercial (clubs).

Le dispositif d'analyse des produits, le « Système national d'identification des toxiques et substances » (SINTES), partie prenante de TREND, apporte, dans ce cadre, des informations sur la circulation de produits rares ou émergents.

Les enquêtes en population générale sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites peuvent apporter des données sur les produits les plus répandus.

Saisies et structuration des trafics

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.

En France trois grands types de réseaux d'offre de substances illicites peuvent être distingués :

- les réseaux liés au grand banditisme que l'on retrouve le plus souvent au stade de la vente en gros et en semi gros ;
- les réseaux de détaillants structurés selon une division du travail rigoureuse responsable/revendeur/rabatteur/guetteur ;
- les micro-réseaux d'usagers-revendeurs.

La principale source d'information est constituée par les données des services répressifs (police, douane, gendarmerie), produites et publiées annuellement sous la responsabilité de l'OCRTIS (Office central de répression de trafic illicite de stupéfiants). Ce rapport comprend

notamment les quantités saisies de drogues illicites sur le territoire français, le nombre d'interpellations (usage, usage-revente, trafic) liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants, les prix ainsi que des éléments de connaissance sur la structuration des réseaux de trafics.

En outre le dispositif TREND fournit des informations qualitatives sur les modes d'accès aux produits et sur le micro-traffic.

Prix

Deux dispositifs permettent de recueillir les prix de vente des produits illicites à l'unité :

- Le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les structures de bas seuil et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif dans lesquels pour chaque substance (illicite ou médicaments détournés) considérée est demandé le prix au détail et une estimation du prix le plus bas, le plus cher et du prix courant.
- Une enquête périodique de l'OCRTIS, à partir des données collectées dans 69 sites répartis sur le territoire de la France métropolitaine, qui relève les prix médians de semi gros et de détail des substances illicites.

Composition et pureté des produits

La composition d'un produit correspond à l'ensemble des substances présentes dans un échantillon.

La pureté ou teneur correspond au pourcentage du produit psychoactif attendu.

Le produit comporte également des produits de coupe ou adjuvants. Ces termes désignent toute substance ajoutée au produit principal. Elles peuvent être pharmacologiquement actives ou non.

La limite de détection est la quantité minimale d'une substance permettant son identification dans un échantillon.

La limite de quantification est la quantité minimale d'une substance permettant son dosage dans un échantillon.

Deux sources d'information complémentaires sont utilisées par l'OFDT pour documenter la composition des produits en circulation :

- les analyses de produits issus des saisies des services répressifs. Ces données sont transmises par les laboratoires des services répressifs et regroupées dans le rapport de l'OCRTIS ;
- et les analyses issues des collectes auprès d'usagers de drogues dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT

Les analyses des saisies

Les analyses des saisies par les laboratoires répressifs constituent la source principale d'information sur la composition des produits illicites en France. Le rapport annuel de l'OCRTIS synthétise toutes les données sur la composition des substances illicites saisies et analysées par l'ensemble des services répressifs (douanes, police et gendarmerie) au cours de l'année sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit de l'ensemble des résultats d'analyse des saisies sans qu'il soit tenu compte du volume de chaque saisie, à l'exception de la cocaïne pour laquelle les saisies aéroportuaires sont différenciées des saisies de rue. Par contre, toutes les saisies ne sont pas analysées.

Dans ce cadre, la substance psychoactive principale est dosée. Les autres substances, à part quelques cas, sont uniquement identifiées.

L'échange d'information entre l'EWS (Early warning system) et le dispositif SINTES, dont il est le correspondant national, permet également l'identification de nouvelles molécules.

Le dispositif SINTES est également lié avec les laboratoires des services répressifs (douanes, gendarmerie et police) par une convention qui officialise les échanges d'informations sur les produits circulant. Sur demande ponctuelle de l'OFDT, ils fournissent des informations sur la nature et la composition de produits issus de saisies récentes ou faisant l'objet d'une attention particulière de la part de l'OFDT et/ou l'OEDT.

Le dispositif SINTES

Le dispositif SINTES repose sur le principe de la collecte d'échantillons illicites réalisée directement auprès des usagers de drogues. Les produits collectés sont envoyés à un laboratoire d'analyse toxicologique qui en déterminera la composition. Parallèlement, un questionnaire est soumis à l'utilisateur sur le contexte de consommation du produit et sur son prix d'achat. Cela permet de lier directement le prix et la pureté d'un produit donné. Il comporte deux volets :

- Le volet OBSERVATION propose un éclairage annuel sur la composition d'un produit illicite particulier. (2006 : cocaïne / 2007-2008 : héroïne / 2009 : Produits de synthèses). Le dispositif SINTES-Observation s'appuie en grande partie sur le réseau national TREND lui-même structuré sur sept coordinations régionales. Chaque collecteur est choisi et formé selon ses réseaux, ses compétences par le coordinateur régional sous la responsabilité de l'OFDT qui le munira d'une carte de collecte. Chaque année, environ 350 et 450 échantillons du produit faisant l'objet de l'étude sont collectés auprès d'autant d'utilisateurs différents. C'est donc le volet principal du dispositif SINTES pour renseigner sur la composition d'un produit au plan national sur une année.
- Le volet VEILLE s'inscrit plus particulièrement dans le système d'alerte sanitaire. Tout professionnel travaillant auprès des usagers peut demander à l'OFDT une autorisation de collecter un produit illicite à condition que celui-ci ait occasionné des effets indésirables inhabituels chez un usager ou bien qu'il présente un caractère de nouveauté. Le nombre annuel de collecte se situe en général entre 40 et 60. Les apports de ce volet sont donc uniquement l'identification de molécules nouvellement circulantes et de renseigner ponctuellement sur la composition de certaines molécules à un moment précis et dans un endroit donné.

Tous les produits pharmacologiquement actifs sont identifiés, à conditions qu'ils soient présents dans la base de données du laboratoire. Par contre, seule la substance psychoactive principale est dosée, sauf demande contraire.

10.2. Disponibilité et offre

10.2.1. Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité

Cannabis

Le cannabis est le premier produit stupéfiant à faire l'objet d'usage en France. Si la résine de cannabis, du fait de la solide implantation sur le territoire français des réseaux qui l'importent soit directement du Maroc soit indirectement d'Espagne, demeure très disponible, quels que soient les aléas qui peuvent survenir sur certains marchés locaux, il n'en demeure pas moins que certaines tendances majeures se dessinent, qui augurent de modifications substantielles du marché à l'avenir. La moindre n'est pas l'engouement croissant des usagers, en France et dans le reste du continent européen, pour l'herbe de cannabis, laquelle semble de plus en plus disponible.

Héroïne

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate dite blanche et base dit brune. La première forme est extrêmement minoritaire sur les marchés parallèles et ne circule que dans des milieux bien spécifiques représentés par exemple par certains secteurs de l'immigration asiatique, chinoise en particulier, et des usagers insérés de la région parisienne, par définition peu visibles. En revanche la forme base est hégémonique

sur le marché. Après une période de reflux consécutive à l'introduction des traitements de substitution en France à partir de la seconde moitié des années 1990, les observateurs investis dans le champ des drogues notent depuis l'année 2006 une plus grande disponibilité de l'héroïne brune, que ce soit dans les milieux des usagers les plus marginalisés fréquentant les structures de bas seuil ou les centres de soins spécialisés ou dans certains milieux festifs des courants alternatifs et underground proches de l'univers de la musique électronique (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010). En 2009, cette tendance est confirmée par la quasi-totalité des sites appartenant au dispositif d'informations TREND.

Cocaïne

La disponibilité de la cocaïne ne cesse de se développer en France depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000. Ce processus est régulier et ne semble pas connaître de recul voire de pause. Le chlorhydrate de cocaïne bénéficie en effet d'une demande extrêmement dynamique dans des secteurs très hétérogènes de la population française, qui vont des milieux sociaux privilégiés aux usagers de drogues les plus désaffiliés fréquentant les structures de bas seuil.

Ecstasy, amphétamines et autres drogues de synthèse

S'agissant de l'ecstasy, il convient, pour appréhender correctement l'état du marché et de l'offre d'opérer une distinction entre les différentes formes sous lesquelles le produit circule : le comprimé, la gélule ou la poudre. Si le comprimé est la forme la plus répandue en France, il est indubitable que le marché est beaucoup moins dynamique que quand le mouvement techno a commencé à se développer au milieu des années 1990. En revanche, depuis plusieurs années, la forme poudre dite MDMA est apparue de plus en plus disponible dans les différents espaces festifs. Cette forme bénéficie de l'attrait pour le chlorhydrate de cocaïne auquel elle est assimilée et au développement du mode d'administration par voie nasale. Compte tenu de son prix relativement élevé, elle ne touche qu'une clientèle particulière de l'espace festif (discothèque, boîtes de nuit), ce qui contribue à la plus grande discrétion des réseaux de trafic dont on ignore encore beaucoup.

Cependant, en 2009 la France a connu une pénurie généralisée de MDMA. Les analyses attestent en effet que les comprimés d'ecstasy contiennent essentiellement de la mCPP et les rares poudres de MDMA disponibles en sont également majoritairement dépourvues. Le marché se rabat sur l'amphétamine et d'autres stimulants synthétiques (le 2CB notamment).

L'offre d'amphétamine (speed) est toujours dynamique et s'adresse à un segment bien identifié d'usagers pour lesquels le speed fait office en quelque sorte de cocaïne de remplacement, du fait de la présentation sous forme pulvérulente et du mode d'administration, mais à un moindre prix. Le produit est disponible notamment dans les milieux alternatifs de l'espace festif techno mais semblerait se développer également dans le milieu des boîtes de nuit et des discothèques en bénéficiant de la désaffection de beaucoup de consommateurs pour le comprimé d'ecstasy.

En dépit de quelques signalements de méthamphétamines occasionnellement rapportée de capitales étrangères (milieu festif gay) ou d'exceptionnels témoignages de fabrication artisanale privée d'usagers pour leur propre usage, celle-ci n'est toujours pas réellement présente en France. Par contre, pour des raisons probablement commerciales, certains dealers donnent le nom de méthamphétamine à des échantillons fortement dosés en MDMA.

Hallucinogènes

Le marché des hallucinogènes est segmenté en deux sous-ensembles, celui des produits synthétiques comme le LSD et celui des produits naturels comme les champignons ou la *Salvia divinorum* (Sauge divinatoire).

Depuis une dizaine d'années, le marché du LSD en France présente un caractère extrêmement volatile du fait des vicissitudes d'une offre très dépendante de l'activité des services répressifs dans les pays producteurs de cette substance comme la Belgique ou les Pays-Bas. Ainsi, certaines années, les observateurs du réseau TREND font état d'une

disponibilité quasi nulle tandis qu'à d'autres moments le LSD semble bien présent sur le marché. Depuis 2006, il semble que l'offre n'ait pas connu d'interruptions notables et que le LSD soit disponible notamment dans les milieux festifs proches des free parties et des teknivals où la substance semble recherchée par une frange de jeunes usagers avides de sensations fortes.

En revanche, en matière de disponibilité et d'offre, il semble qu'en 2008 et 2009 l'on assiste à un développement de la disponibilité de la kétamine et du GHB/GBL dans des milieux qui n'étaient pas auparavant concernés par leur consommation. Alors que l'usage de kétamine et de GHB/GBL concernaient des milieux bien spécifiques, *travellers*, nomades pour la première et milieux homosexuels festifs pour le second, il semblerait depuis deux ans que ces substances touchent de nouveaux publics. Pour la kétamine, il s'agirait de personnes marginalisées évoluant aux frontières de l'espace techno et pour le GHB/GBL d'une population jeune, plutôt bien insérée socialement, fréquentant le monde des boîtes de nuit et des discothèques (CADET-TAIROU A. et al. 2009). L'offre de ces deux substances ne semble pas portée par des réseaux organisés mais relèverait plutôt de l'artisanat ou de l'achat via internet.

S'agissant des hallucinogènes naturels, il en va de même que pour l'herbe de cannabis. L'offre est dynamisée par une demande avide de produits dits biologiques et à forte composante « mystiques » comme les plantes, utilisées dans les sociétés traditionnelles dans le cadre de phénomènes de transe chamanique, comme la *Salvia Divinorum* ou la *Datura* (REYNAUD-MAURUPT 2006). En outre, l'offre est favorisée par l'utilisation du vecteur Internet qui permet un approvisionnement, sans grands risques, en provenance généralement des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

10.2.2. Provenance des drogues: production nationale versus production importée

L'herbe de cannabis est la seule substance illicite à faire l'objet d'une production en France par une autoculture assurée le plus souvent dans un cadre domestique et plutôt artisanal.

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs. Le premier tient à un esprit du temps qui voit le développement d'une mode privilégiant l'usage de produits dits « biologiques » supposés être de meilleure qualité. Le deuxième réside dans le souci grandissant des usagers de se protéger des risques d'interpellation en évitant la fréquentation des marchés parallèles et des dealers par le recours à l'autoculture ou à des proches recourant à cette méthode. Quoi qu'il en soit, le phénomène semble depuis dix ans en nette augmentation. Les dernières données en la matière, qui remontent à l'année 2005, estimaient le nombre de cannabisculteurs dans une fourchette comprise entre 100 et 200 000 personnes et la production autochtone d'herbe à une trentaine de tonnes (TOUFIK, A. et al. 2007). En outre, les services en charge de la répression du trafic illicite de stupéfiants notent le développement du commerce transfrontalier d'herbe en provenance de Belgique et des Pays-Bas, pays où la culture a pris une ampleur extrêmement importante du fait de l'implication du crime organisé dans la production à grande échelle.

10.2.3. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, *modi operandi* et organisation du marché domestique des drogues

Cannabis

La résine de cannabis consommée en France provient du Maroc d'où elle est importée, le plus souvent via l'Espagne, par des réseaux criminels plus ou moins organisés. Aujourd'hui le marché de la résine de cannabis semble moins dynamique du fait de la concurrence grandissante provoquée par une offre d'herbe produite en France et dans le reste de l'Europe dans un contexte marqué également par les politiques d'éradication de la culture menées dans le royaume chérifien et aussi la tendance des réseaux traditionnellement importateurs de ce produit à adjoindre de manière croissante le chlorhydrate de cocaïne à côté de la résine voire dans certains cas à éliminer cette dernière beaucoup moins rentable.

Héroïne

La tendance à la hausse de la disponibilité de l'héroïne sur le marché français est favorisée par le nouveau dynamisme de l'offre enregistré depuis dix ans en Afghanistan, pays d'où provient 90 % de l'héroïne consommée en France. L'augmentation de la production d'opium et d'héroïne a favorisé le développement d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne, via la route des Balkans, sur le territoire français et la vendent en demi-gros ou en gros à des réseaux de détaillants, impliqués en général dans le trafic de résine de cannabis importée d'Espagne ou du Maroc, implantés dans les cités périphériques des grandes agglomérations urbaines françaises. En outre, à côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé, existe des réseaux, qualifiés par la police de *secondaires*, à savoir des microstructures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent en héroïne dans les pays frontaliers de la France comme la Belgique et les Pays-Bas, lieux traditionnels de stockage de l'héroïne qui arrive via la route des Balkans (OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants) 2009). Tous ces facteurs contribuent au caractère de plus en plus diffus de la présence du produit sur le territoire français et facilite son retour en grâce parmi certaines couches de consommateurs.

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage prescrite dans le cadre de traitements de substitution à l'héroïne fait l'objet, depuis sa mise sur le marché en 1996, d'un trafic sur le marché parallèle des centres urbains destinés dans la plupart du temps à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés (TOUFIK, A. et al. 2010). Ce trafic est porté par deux types de groupes. Un groupe, relevant d'un certain niveau d'organisation qui, sur la base de falsifications d'ordonnances et de multi prescriptions, dispose de quantités importantes de comprimés susceptibles d'être vendues au marché noir et un autre groupe, composé essentiellement d'usagers eux-mêmes substitués, qui se livre à de petites reventes qui s'apparentent plus à des pratiques de dépannages entre usagers qu'à des transactions très structurées. En 2009, il semble qu'en dépit des mesures de surveillance prises selon les régions par les caisses primaires d'assurance maladie, l'offre demeure persistante même si des pénuries ponctuelles affectant telle ou telle ville peuvent survenir. La disponibilité du médicament est donc forte de même que son accessibilité puisque, contrairement à ce qui se passe pour des substances illicites comme l'héroïne ou la cocaïne, il existe dans beaucoup de grandes villes françaises de véritables scènes ouvertes de vente du produit de substitution.

Cocaïne

L'offre de cocaïne est en progression régulière et bénéficie d'une restructuration depuis dix ans qui favorise la diffusion du produit sur l'ensemble du territoire. Cette restructuration est portée par le passage des réseaux importateurs de résine de cannabis produite au Maroc à la vente de cocaïne dont le trafic s'avère beaucoup plus rentable que celui de résine (30 euros par gramme vendu pour la cocaïne contre environ 2 euros pour le gramme de résine de cannabis). Cette tendance est favorisée en outre par la modification des routes du grand trafic international de la cocaïne, qui tendent de plus en plus à épouser celles du cannabis. Les services répressifs estiment ainsi que 20 à 30 % de la cocaïne saisie en Europe passe par l'Afrique de l'ouest en remontant par les pays du Maghreb, qui sont des lieux traditionnels d'approvisionnement en résine de cannabis. Un autre facteur favorise également la tendance à la substitution de la résine de cannabis à savoir la désaffection relative que connaît la résine auprès du consommateur européen. Quoi qu'il en soit, le développement des réseaux multicartes, solidement implantés depuis des décennies, dans les banlieues périphériques des métropoles françaises, favorise le développement d'une offre importante de cocaïne.

Le deuxième grand facteur, qui explique l'abondance de l'offre, réside aussi, à l'instar de ce qui se passe pour l'héroïne, dans le développement des réseaux fondés sur des usagers-revendeurs alimentant une petite clientèle d'usagers s'approvisionnant dans les pays frontaliers de la France (Espagne, Belgique, Pays-Bas) (GANDILHON M. et al. 2010). Ces centaines de micro-réseaux favorisent une diffusion de l'offre de cocaïne qui affecte désormais aussi bien les zones urbaines que rurales.

Le second type de cocaïne présent sur le marché français circule sous les appellations « crack » et « free base ». Ces deux appellations différentes recouvrent en fait un même produit mais des clientèles différentes.

Le crack, contrairement au chlorhydrate, présente la particularité d'être présent sur des marchés bien spécifiques et très délimités sur le plan géographique. En effet, dans l'écrasante majorité des cas, le crack est destiné à une clientèle d'utilisateurs extrêmement marginalisés présent essentiellement dans la région parisienne et dans les départements d'outre-mer de Guyane, Guadeloupe et Martinique (MERLE S et al. 2010). En 2009, deux phénomènes ont modifié le paysage de l'offre de cette substance. D'une part, une partie des usagers, qui consommaient auparavant le crack à l'intérieur de Paris, essentiellement dans les arrondissements populaires du XVIIIe et du XIXe, se sont déplacés, du fait des interventions des forces de police notamment, vers le département de la Seine-Saint-Denis situé au nord de la capitale. D'autre part, il se confirme qu'une partie de l'offre parisienne de crack soit prise de plus en plus en charge par des réseaux de personnes spécialisées dans la revente de résine de cannabis, et cela au détriment des revendeurs traditionnels originaires le plus souvent d'Afrique de l'Ouest et notamment du Sénégal.

L'appellation « free base », quant à elle, contrairement au crack, ne fait pas l'objet d'une revente structurée par des réseaux organisés. Dans la plupart des cas, ce sont les usagers eux-mêmes qui fabriquent le produit. En outre, le free base concerne une clientèle complètement différente de celle des crackers, à savoir essentiellement une population de personnes appartenant à la mouvance underground du mouvement techno (nomades, *travellers*) s'exprimant dans les free parties.

Ecstasy

Il semble que la demande moindre d'ecstasy sous sa forme « comprimé » contribue au désintérêt des organisations criminelles pour ce produit (GIRARD G et al. 2010). En 2009, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est le fait de microstructures qui s'approvisionnent à l'étranger (Belgique, Pays-Bas, Allemagne) ou plus rarement auprès de filières relevant du crime organisé originaire d'Europe de l'Est.

Autres drogues de synthèse : développement du trafic sur Internet

Comme tout le monde, les français ont accès aux sites de ventes de produits psychotropes qui se sont multipliés au cours de ces dernières années et de 2009 en particulier. Si le dispositif SINTES a pu repérer en milieu festif certains des nouveaux stimulants de synthèse proposés par ces sites de vente, leur diffusion est restée cependant modérée en France.

Une frange d'utilisateurs initiés habitués aux achats de produits sur Internet (milieu festif gay parisien particulièrement) semble en avoir consommé. De même que des groupes de jeunes localisés (Lorraine). Par contre, en 2009, ces produits restent inconnus de la plus grande partie des usagers du milieu festif où ils sont vendus sous d'autres noms¹⁰⁵

10.3. Saisies

10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites

En 2009, le nombre de saisies de stupéfiants effectuées¹⁰⁶, tous produits confondus, atteint 108 022, ce qui représente une baisse d'un peu moins de 4 % par rapport à l'année précédente. Celles-ci demeurent toutefois à un niveau historiquement élevé par rapport à la fin des années 1990 et au début des années 2000.

¹⁰⁵ Lahaie E. et A. Cadet-Taïrou : Méphédronne et autres stimulants de synthèse en circulation, Note d'information SINTES, mars 2010 et Cadet-Taïrou, rapport TREND

¹⁰⁶ Nous ne disposons pas cette année des données relatives au nombre de saisies réalisées pour chacune des substances illicites en question.

Tableau 10-1 : Quantités de drogues saisies (en kg), 2006-2009 et évolution 2008-2009 (en %)

	2006	2007	2008	2009	Evol. 2008/2009
Drogues saisies					
Herbe Cannabis	3 773 kg	3 047 kg	3 422 kg	3 495 kg	2,13 %
Résine Cannabis	67 891 kg	34 182 kg	71 075 kg	56 073 kg	-21,11 %
Graines Cannabis	57 kg	51 kg	30 kg	45 kg	48,86 %
Héroïne	1 051 kg	1 035 kg	1 117 kg	970 kg	-13,19 %
Cocaïne	10 166 kg	6 578 kg	8 214 kg	5 211 kg	-36,55 %
Crack	8 kg	6 kg	12 kg	12 kg	5,62 %
Amphétamines	77 kg	307 kg	109 kg	564 kg	417 %
Ecstasy (cp)	1 488 919	1 359 912	342 923	106 597	-68,92 %
LSD (supports)	5 589	13 107	90 021	10 209	-88,66 %
Kétamine	5 kg	2 kg	65 kg	3 kg	-94,06 %

Source : FNAILS, OCRTIS 2010

S'agissant de la résine de cannabis, les tendances à la baisse enregistrées depuis l'année 2004, année qui marqua le point historique le plus haut des saisies en France avec une centaine de tonnes, se confirment avec une diminution de l'ordre des saisies de plus de 20 % en 2009 par rapport à 2008. En revanche, l'attrait pour l'herbe et les produits permettant l'autoculture se confirme puisque les saisies de graines et de pieds de cannabis augmentent d'environ 50 % par rapport à 2008.

Les saisies d'héroïne en 2009, quoiqu'en baisse d'un peu plus de 13 % par rapport à l'année précédente, restent à un niveau élevé en frôlant la tonne (970 kg) soit une quantité presque cinq fois plus élevée que les saisies réalisées en France à la fin des années 1990.

En revanche, les saisies de cocaïne connaissent une chute de 36,5 % pour s'établir à 5 211 kg en 2009. La chute est significative par rapport au pic historique atteint en 2006 avec plus d'une dizaine de tonnes. Cependant, un regard rétrospectif portant sur les quinze dernières années montre que les saisies de cocaïne demeurent en France à un niveau historiquement élevé : plus de six fois les quantités saisies quand la cocaïne amorçait son cycle de diffusion au début des années 1990.

Par ailleurs, la désaffection pour les comprimés d'ecstasy se confirme encore une fois puisque les saisies chutent d'environ 70 % par rapport à l'année 2008 et sont les plus faibles jamais enregistrées en France depuis une quinzaine d'années.

10.3.2. Quantités et nombre de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

La France, à l'exception de l'herbe de cannabis, n'étant pas, ou très marginalement, de nos jours, un pays producteur de substances illicites, les données relatives aux saisies de précurseurs sont inexistantes.

10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits

La dernière grande affaire de démantèlement d'un laboratoire de production remonte à 2005. Il s'agissait d'une unité de production de cocaïne installée au Perreux dans le Val-de-Marne.

10.4. Prix/pureté

10.4.1. Prix au détail des drogues illicites

Cannabis

En 2009, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS¹⁰⁷ à environ 7 euros pour une fourchette comprise entre 5 et 10 euros le gramme. Ce prix est en légère hausse par rapport aux années précédentes. Ce phénomène s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégie, semble-t-il, des produits de bonne qualité.

Le prix de gros, mesuré par les services de police, s'établit à 3 500 euros le kilogramme.

Le prix médian de la résine de cannabis est stable. En 2009, il atteint les 5 euros le gramme. Le prix de gros pour la même année atteint les 1 950 euros le kilogramme.

Héroïne

En 2009, le prix médian du gramme d'héroïne brune tourne autour de 40 euros et se stabilise autour de cette valeur depuis 2006, après avoir fortement chuté depuis la fin des années 1990 où son prix oscillait autour de 70 euros. Le prix de gros de l'héroïne brune est stable aussi et tourne autour de 10 000 euros le kilogramme.

La buprénorphine haut dosage

Depuis 2008, le prix du comprimé de 8 mg de BHD dans sa forme commercialisée sous l'appellation Subutex®, la seule, ou presque, disponible sur le marché parallèle des grands centres urbains, est en légère hausse et se situe en 2008 et 2009 à 5,5/6 euros contre 4 euros les années précédentes (CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, 2010). Cette augmentation du prix serait liée aux difficultés d'alimentation du marché du fait des mesures strictes d'encadrement des prescriptions prises par les autorités sanitaires.

Cocaïne

Le prix du gramme de chlorhydrate de cocaïne est stable depuis cinq ans après avoir été divisé par deux par rapport à la fin des années 1990. En 2009, le prix médian tourne autour de 60 euros pour un prix de gros, stable lui aussi, qui s'élève à 30 000 euros le kilogramme.

Ecstasy

S'agissant des prix de l'ecstasy, il est nécessaire de différencier la forme « comprimé » et la forme « poudre ».

D'après l'enquête SINTES sur les produits de synthèse effectuée en 2009, le prix moyen d'un comprimé d'ecstasy est de 7,3 €. La baisse du prix du comprimé observée ces dernières années semble s'être interrompue en 2009. Cela pourrait être la conséquence de la baisse de la disponibilité des comprimés de MDMA observée durant l'année 2009, baisse qui ne se confirme pas début 2010. Les données de l'OCRTIS montrent au contraire une chute du prix qui passe de 6,5 € en 2008 à 5 € en 2009. Le prix de gros (1 000 comprimés) diminue lui aussi pour passer de 1 500 euros à 1 000 euros.

10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites

Cannabis

La teneur moyenne de THC, le principe actif du cannabis, contenu dans l'herbe de cannabis n'évolue pas par rapport aux années précédentes et se stabilise autour de 8 % (Institut National de Police Scientifique 2010). Il en va de même pour la résine puisque le taux de THC est stable et tourne autour de 10 %.

¹⁰⁷ Les prix de détail et de gros du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy sont issus de la note de l'OCRTIS, *Les prix des stupéfiants en France en 2009*.

Héroïne

Selon une enquête nationale réalisée entre mars 2007 et juin 2008 par le système SINTES du dispositif TREND de l'OFDT, et portant sur 369 échantillons collectés dans 9 régions de France métropolitaine, le taux moyen de l'héroïne brune atteint 7,1 % tandis que 50 % des échantillons collectés présentaient une pureté en héroïne inférieure à 5 %. L'enquête susmentionnée, du fait de sa méthodologie, permettait d'étudier le lien direct entre le prix et la pureté. Les résultats en la matière montrent qu'un prix d'achat élevé au détail ne constitue nullement la garantie d'une forte pureté. L'inverse est également vrai puisque l'étude SINTES montre que c'est dans la région de France, le Nord-Pas-de-Calais, où le gramme d'héroïne brune est le plus bas, 29 euros en moyenne, que l'on trouve la concentration d'héroïne la plus forte avec 8,4 % (LAHAIE E et al. 2010).

Les échantillons d'héroïne brune saisis par la police en 2009 présentent des taux de pureté moyens de 14 %. Cela représente une très légère augmentation par rapport aux concentrations des héroïnes saisis depuis 2002 (situées entre 10 % et 12 %). L'explication de ce phénomène réside dans l'augmentation des saisies des héroïnes de forte concentration (qui ont doublé entre 2008 et 2009).

Cocaïne

La teneur en cocaïne des échantillons saisis dans la rue se situe entre 10 et 30 % et n'évolue pas depuis le début des années 2000.

Ecstasy

En ce qui concerne les poudres, la teneur moyenne de 70 % de MDMA obtenue à partir des données de l'enquête SINTES 2009 n'est pas non plus confirmée par les données de l'OCRTIS (47 % soit une légère baisse par rapport à 2008 où la proportion s'élevait à 52 %). Le prix du gramme est, selon toutes les sources, situé autour de 50 €.

10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues

Héroïne

Depuis les années 2000, on retrouve dans plus de 9 échantillons d'héroïne sur 10 le mélange caféine (entre 20 % et 40 %) et de paracétamol (entre 40 % et 60 %) qui reste donc le produit de coupe principal.

Le reste est constitué de produits inertes comme les sucres, le mannitol.

Les adultérants (pharmacologiquement actifs) comme le diazépam, la phénacétine, le dextrométhorphan et l'alprazolam ont été identifiés dans quelques échantillons au cours de l'année 2009. Leur concentration était pour la plupart inférieure à 1 %.

Cocaïne

La cocaïne arrive déjà coupée sur le territoire français avec des produits psychoactifs particuliers comme le lévamisole, l'hydroxyzine et le diltiazem. Elle est ensuite recoupée avec d'autres produits psychoactifs comme la phénacétine, la lidocaïne ainsi que des sucres avant d'être revendue au niveau de la rue.

Ecstasy

En 2009, un quart des comprimés vendus comme ecstasy contenaient en réalité de la mCPP (données SINTES).

Le lactose est le sucre le plus utilisé pour le coupage de l'ecstasy.

Partie B. Thèmes spécifiques

11. Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement

11.1. Introduction

Fondements et objectifs

Ce chapitre offre un aperçu de la place et du rôle des recommandations concernant l'harmonisation et l'amélioration du traitement de la toxicomanie en France. Ici le terme de « recommandations » renvoie en fait à un ensemble de recommandations sur un sujet donné. Il peut être utilisé ici sans autre qualificatif par facilité de langage, comme traduction du terme « guidelines », étant entendu qu'il s'agit de recommandations spécifiques au traitement des usages de drogues illicites.

De nombreuses études démontrent l'impact positif de l'application de recommandations professionnelles scientifiquement validées sur l'organisation et la qualité d'un système de soins (Grimshaw et al. 2004). Ce genre de recueil apparaît comme un outil clé pour combler l'écart observé entre les faits scientifiquement démontrés comme efficaces (*evidences*) et la pratique (Cabana et al. 1999). De fait, au cours des dernières décennies, de nombreux pays ont montré un intérêt croissant pour la mise en place de recommandations sur les bonnes pratiques. En 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie à son tour des recommandations pour le traitement pharmacologique psycho socialement assisté de la dépendance aux opiacés (WHO 2009). Investi d'une mission de promotion des connaissances validées, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) s'interroge sur l'étendue, la portée et les conditions d'application des recommandations en matière de traitement des addictions parmi les États membres de l'Union européenne (UE).

Selon la définition de l'Institut de médecine américain, reprise par l'EMCDDA, les recommandations sont des « affirmations développées systématiquement pour aider les médecins et les patients à prendre des décisions adéquates lors d'interventions dans des circonstances spécifiques » (Field et al. 1992). Cependant, les recommandations ne sont pas un recueil de solutions toutes faites, ni une sorte de « livre de cuisine médicale ». Elles ne sont pas plus susceptibles de refléter des opinions individuelles. Au contraire, il doit s'agir d'un outil d'aide à la décision pour les professionnels de santé non pas fondé sur l'intuition ou l'idéologie, mais sur les découvertes scientifiques qui appuient leur application (Helou et al. 2000).

En France, la Haute autorité de santé (HAS), anciennement ANAES¹⁰⁸, définit les recommandations cliniques comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles sont fondées sur des revues de la littérature systématiques et des avis d'experts. Les demandes pour ces recommandations peuvent provenir de divers organismes publics ou privés (ministère de la Santé, sociétés scientifiques, associations, etc.). Pour ce qui est des addictions, elles sont généralement adressées à la HAS qui peut aussi lancer des travaux à sa propre initiative.

La référence aux « preuves » (aux faits démontrés) est essentielle pour garantir la qualité des recommandations (Brownson et al. 2003). Mais l'énonciation des preuves scientifiques n'induit pas en soi les bonnes pratiques. L'application des recommandations dépend de nombreux facteurs influant notamment sur leur fiabilité et leur acceptation par le public-cible (Grol, R. 1997; Grol, R. et al. 1998). Ces facteurs interviennent pour partie lorsqu'il s'agit de diffuser les

¹⁰⁸ Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé.

recommandations auprès des professionnels. Ainsi la contribution de l'ensemble des parties prenantes est essentielle non seulement pour bénéficier de données fiables et actualisées mais aussi pour définir une stratégie de mise en œuvre pertinente et réaliste (Hartnoll 2004).

A la lumière de ces éléments, tant le processus de définition des recommandations que celui de leur mise en œuvre sont couverts par cette étude du cas français. Conformément à la demande de l'OEDT, leur description de ces deux phases est précédée par un historique de l'émergence des recommandations préconisées en France. Par la suite, l'évocation de la « mise en œuvre des recommandations » désigne certes leur application par les professionnels concernés, mais surtout l'ensemble des mesures d'accompagnement déployé dans ce but (l'utilisation finale des recommandations n'étant généralement pas évaluée). Le sujet est restreint aux traitements des usages de drogues illicites et n'aborde pas la question des addictions liées aux drogues licites (alcool, tabac, etc.). Le principal objectif est d'imaginer des pistes potentielles pour favoriser dans le contexte national une meilleure intégration des connaissances, démontrées par la littérature comme bonnes pratiques dans le traitement de la toxicomanie. Enfin, une comparaison aux lignes directrices émises par l'OMS est également fournie en annexe IV.

Méthode

L'étude se concentre sur cinq des six recommandations identifiées au sujet du traitement des usages de drogues illicites. L'intégration des directives sur les modalités de sevrage (1998) est apparue facultative de par le contexte français, caractérisé par la prédominance des traitements de maintenance aux opiacés et la baisse régulière des demandes et de l'offre quant aux programmes de sevrage. La liste finale des recommandations étudiées est la suivante :

- « L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations » (2002) (Auge-Caumon et al. 2002)
- « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » (ANAES 2004b).
- « Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés » (2004) (ANAES 2004a)
- « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition » (2007) (HAS 2007).
- « Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne » (2010) (HAS 2010)

Une analyse documentaire des textes clés – des écrits officiels politiques ou législatifs et des recommandations elles-mêmes – a été réalisée au premier stade de l'étude.

Les processus de définition et de mise en œuvre de ces recommandations n'étant que faiblement documentés, un recueil de données original s'est avéré nécessaire. Ainsi, 15 experts, acteurs de terrain et parties prenantes (soit 80 % des personnes initialement sélectionnées pour leur connaissance approfondie de la problématique) ont fait part de leur perception des événements, des logiques et des enjeux existants, lors d'entretiens semi-directifs en face-à-face. L'objet était de recueillir le point de vue à la fois des institutions, des professionnels, des chercheurs et des usagers de drogues.

Enfin, un modèle comparatif (*benchmarking*) permet d'illustrer les forces et les faiblesses des différentes recommandations et en quelque sorte de visualiser les évolutions techniques de leur développement.

11.2. Historique et cadre général de la substitution

La loi du 31 décembre 1970¹⁰⁹ définit le cadre légal de la politique des drogues en France. Elle stipule que la consommation de drogue est un délit mais que les usagers peuvent échapper à des poursuites judiciaires en se soumettant à un traitement de leur dépendance, devenu anonyme et gratuit. Les objectifs de cette loi sont également de réprimer le trafic et de contrôler l'usage de drogues (Angel et al. 2005; Derks et al. 1999). Dès lors la toxicomanie est devenue un objet de solidarité nationale dépendant directement de la compétence de l'Etat. En 1982, un organisme interministériel est créé pour coordonner l'action publique dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sociosanitaire, de l'application de la loi et de la coopération internationale. Cet organisme est devenu la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie). Il opérait sous l'égide du ministère de la santé avant d'être rattaché au premier ministre en 2009.

Cette loi, dite loi de 1970, n'a pas été fondamentalement modifiée depuis son adoption, mais de nombreuses directives ministérielles (décrets et circulaires) ont été publiées pour étoffer la prise en charge sociosanitaire des toxicomanes.

Historiquement, en France, les offres de soins liées à la toxicomanie ont été largement influencées par une approche psychanalytique. Dans les années soixante, les toxicomanes, tout comme les personnes alcooliques, étaient orientés vers les hôpitaux psychiatriques où des cures de désintoxication leur étaient proposées. Le traitement était alors essentiellement axé sur l'abstinence. A l'adoption de la loi de 1970, l'Etat a en quelque sorte confié le traitement des toxicomanes à des spécialistes, principalement des psychiatres et des psychologues : les désordres psychologiques et comportementaux impliqués dans l'addiction réclamaient des réponses cliniques individuelles. Ces professionnels ont élaboré une approche psychanalytique basée sur une relation de confiance entre le patient toxicomane et le praticien, toujours dans la perspective de l'abstinence. Cette pratique s'est structurée, professionnalisée, au cours des années 1970. La surreprésentation des psychiatres dans l'élaboration des connaissances sur le traitement de la toxicomanie peut également s'expliquer par une certaine réticence du secteur de santé traditionnel à prendre en charge des toxicomanes, considérés comme une population problématique. D'autre part, la prédominance de spécialistes dans le domaine a pu susciter chez les médecins généralistes le sentiment que cette problématique n'était pas la leur, d'autant qu'ils ne disposaient pas de formation particulière sur la question. Jusqu'au début des années 1990, la vision davantage curative de la prise en charge des toxicomanes a eu tendance à retarder une appréhension plus globale du problème et finalement l'acceptation de l'approche pragmatique de réduction des risques (Boekhout van Solinge 1996). Les principaux acteurs professionnels pensaient que la prescription d'opiacés à un toxicomane ne pouvait que renforcer l'emprise du produit sur le patient. Pour les autorités publiques, le recours à la substitution représentait une ouverture potentielle vers la libéralisation de l'usage de drogues.

Le début des années 1990 a connu un revirement, dû en particulier à l'épidémie de VIH. Un mouvement social émergea, regroupant des sociologues, militants des groupes de soutien contre le sida, associations humanitaires, spécialistes de la santé publique, médecins généralistes et également des usagers de drogues. Il plaida en faveur d'une politique de réduction des risques et de programmes de substitution à la méthadone, dénonçant les conséquences sanitaires dramatiques des politiques anti-drogue en vigueur. Plusieurs expériences préalables menées en Europe (en particulier en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse) inspiraient leur démarche mais également les changements observés dans leur pratique quotidienne. Plus précisément, le secteur humanitaire a dû affronter une situation de crise liée à une demande de soins croissante de toxicomanes infectés par le VIH.

¹⁰⁹ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et de l'usage illicite des substances vénéneuses

Parallèlement, devant le nombre élevé d'usagers de drogues nécessitant des soins liés au Sida, de plus en plus de médecins généralistes et de professionnels hospitaliers ont été aussi confrontés aux problèmes de santé dus à l'addiction de ces patients. La toxicomanie est devenue soudainement un sujet d'intervention pour nombre d'entre eux. Certains médecins généralistes ont commencé à prescrire des opiacés (codéine, temgésic, etc.), non seulement pour favoriser la survie de leurs patients mais aussi pour les aider à se sentir plus à même d'entreprendre un processus de soins. Ce furent les premières approches de la substitution, qui fut adoptée de façon officielle ultérieurement, dans le milieu des années 1990.

Le rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, dit Rapport Henrion, remis en 1995 au ministre de la Santé évoquait « une catastrophe sanitaire et sociale » : la France enregistrait alors une prévalence d'infections au VIH parmi les plus élevées d'Europe (Henrion 1995b). En prenant conscience de ces conséquences, le gouvernement introduisit finalement les premières mesures de réduction des risques (avec les programmes d'échanges de seringues) afin de contenir l'épidémie de Sida. Comme la France était relativement en retard en matière de substitution aux opiacés et comme l'opinion publique avait été secouée par le précédent scandale du sang contaminé, les autorités réagirent au plus vite pour éviter d'autres contaminations et d'autres décès.

En 1995, les centres spécialisés furent donc autorisés à fournir de la méthadone¹¹⁰. Un an plus tard, la BHD (Buprénorphine haut dosage) fut choisie comme substance de substitution principale, malgré son coût plus élevé que celui de la méthadone. La France opta pour cette molécule car elle pouvait être prescrite dans les cabinets de médecine générale, considérés comme un dispositif de première ligne pour répondre à la demande importante (Escots et al. 2004). Ceci fut admis assez naturellement par les médecins généralistes qui commencèrent à prescrire la BHD. La conversion fut moins évidente parmi les spécialistes qui ont organisé progressivement les programmes de substitution à la méthadone (Coppel, A. 2004). En quelque sorte, la BHD a été laissée, en France, aux médecins généralistes. Ce changement rapide et important de la politique française a soulevé de vives polémiques. Elles émanaient notamment des professionnels considérant la substitution aux opiacés comme un recul de l'ambition thérapeutique. Des interrogations subsistaient quant à la capacité des médecins généralistes à assumer le virage vers la substitution. Elles prenaient source dans la perception d'une formation insuffisante de ces derniers et du faible nombre d'établissements de prise en charge psychosociale vers lesquels ils pouvaient orienter leurs patients toxicomanes (Bergeron 1999). A l'époque, la seule directive provenant des autorités sanitaires fut de fixer la durée maximale de toute prescription de BHD à 28 jours (contre 14 jours pour la méthadone)¹¹¹. Le risque associé d'overdose n'étant pas encore perçu et en l'absence d'autre précision, les médecins étaient libres de déterminer la dose de BHD à prescrire. La méthadone était en revanche sujette à des contrôles stricts destinés à limiter la survenue de tels accidents. Cependant, parmi les premiers prescripteurs, certains ont pu travailler en réseau : comparer leurs expériences et affiner ainsi les indications pharmacologiques. La collaboration entre médecins généralistes et le secteur hospitalier a de plus pu s'appuyer sur le réseau ville-hôpital. Les principes de pratique clinique, conçus et testés de façon empirique se sont diffusés par le biais de ces réseaux d'addictologie (Coppel, A. 2004).

Quelques années plus tard, l'amélioration de l'accès aux dispositifs de réduction des risques et aux traitements de substitution s'est traduite par un recul des décès par overdose (184 en 1998 contre 451 cas en 1994) et une diminution de la prévalence des infections par VIH chez les usagers de drogue injecteurs (10 % en 2007 contre 30 % au début des années 1990). Un changement majeur s'était opéré en France et avait démontré l'efficacité des traitements de substitution aux opiacés en matière de réduction de risques. Face à ce constat, de nombreux

¹¹⁰ Circulaire DGS n° 4 du 11 janvier 1995

¹¹¹ Circulaire DGS n° 29 du 31 mars 1995 (DGS/SP3/951°29)

centres spécialisés ont dès lors révisé leur position et adhéré à la mise en place de la substitution.

Néanmoins la diffusion à grande échelle des traitements de substitution a connu des effets pervers comme les mésusages et les dommages associés mais également l'apparition d'un marché noir, en particulier de BHD. Toutefois, le traitement de ces questions n'a pas été immédiat, la priorité étant de conforter dans un premier temps la politique encore récente en matière de substitution (Coppel, A. 1998).

Au début des années 2000, même si des opposants demeuraient, la substitution était entrée dans les pratiques cliniques des secteurs spécialisés et hospitaliers et de la médecine de ville. Une grande hétérogénéité subsistait néanmoins quant à l'accessibilité des programmes basés sur la méthadone, très réduite, voire nulle, dans de nombreux départements. Dans ce contexte, la France est alors entrée dans une phase de réflexion, caractérisée par l'élaboration des premières recommandations formelles sur les traitements des usages de drogues illicites.

En 2002, le ministère de la Santé publia tout d'abord des recommandations destinées à améliorer l'accès à la méthadone. Deux ans plus tard, la Fédération française d'addictologie (FFA) associée à l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES), organisèrent une conférence de consensus sur le recours à la BHD (ANAES 2004a). A cette occasion, la plupart des conclusions du rapport de 2002 furent également réaffirmées. Pour la première fois dans le champ, des représentants des usagers de drogues avaient été associés aux délibérations. Pour de nombreux professionnels, cette conférence de consensus de 2004 a été marquée par un sentiment fort d'acceptation, de soutien voire d'enthousiasme : à son issue, l'opposition à la substitution semblait avoir perdu de sa force.

L'année 2004 a également été marquée par l'adoption de plusieurs mesures destinées à circonscrire les usages détournés des substances utilisées pour la substitution. La Loi du 13 août 2004¹¹² relative à l'Assurance maladie a imposé au patient « d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance » et au médecin « de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge » (Article L.162-4-2). De plus, la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a lancé cette même année un plan d'action national pour le contrôle des traitements de substitution « afin de lutter contre la fraude et l'abus tout en préservant le droit des patients à disposer de soins de qualité ». En collaboration avec le ministère de la Santé et l'AFSSAPS¹¹³, elle proposa également de recommandations sur la prescription des médicaments de substitution aux opiacés afin de réduire leur mauvaise utilisation potentielle. Celles-ci furent publiées par l'ANAES et l'AFSSAPS également en 2004 (ANAES 2004a).

Par la suite, la HAS publia deux autres ensembles de recommandations destinés à améliorer la qualité du traitement des addictions. L'inquiétude croissante induite par la polyconsommation chez les usagers de drogues est ainsi à l'origine de recommandations sur le sujet, réalisées en 2007, à la demande de la Fédération française d'addictologie (HAS 2007). D'autre part, devant la nette augmentation de la prévalence de l'usage de cocaïne en France et la hausse des demandes de traitement liées à ce produit, la HAS s'est emparée de la question en 2009. A la lumière des travaux scientifiques internationaux documentant le traitement de l'usage de cocaïne, elle a ainsi supervisé la rédaction de recommandations spécifiques, publiées en juin 2010 (HAS 2010). Enfin, d'autres recommandations portant sur l'implication des usagers de drogue orientés vers des centres médico-sociaux de traitement des addictions, publiées en avril 2010 par l'Anesm¹¹⁴, sont à ce jour les dernières disponibles

¹¹² Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. NOR: SANX0400122L

¹¹³ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

¹¹⁴ Agence nationale d'évaluation et de qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux.

dans le domaine. Mais leurs tenants et aboutissants n'ont pas pu être analysés dans le cadre de cette étude.

11.3. Caractéristiques des modes de définition et de mise en œuvre des recommandations existantes

Un synopsis des recommandations étudiées est fourni en annexe I. Il détaille les objectifs poursuivis, les types d'intervention ou de public ciblés, les contributeurs, la méthode employée pour leur élaboration (incluant le contrôle qualité) et enfin les mesures de mise en œuvre. Les points communs et spécificités des processus de développement de ces documents sont également commentés dans ce travail.

Un graphique de *benchmarking* permet de visualiser ces caractéristiques par comparaison à un modèle théorique idéal, selon les critères développés ci-après (Graphique 11-1 et 11-2). Cela étant, Il convient de souligner que les informations disponibles se sont avérées plus précises pour les recommandations sur la substitution aux opiacés (conférence de consensus de 2004) que pour les autres exemples. De plus, les recommandations sur les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés (2004) sont exclues de cette comparaison, faute d'information.

Processus de définition

Quatre critères ont été retenus pour l'analyse des processus de définition des recommandations :

- la pluridisciplinarité des contributeurs ;
- le caractère scientifiquement validé des méthodes appliquées pour définir le contenu des recommandations ;
- le caractère scientifiquement validé du contrôle qualité ;
- la propension conciliatoire du processus dans son ensemble.

Contributeurs

En France, les instances représentatives des professionnels spécialisés (fédérations, associations nationales) et les autorités de santé publique (ministère de la santé, Assurance maladie, etc.) sont les protagonistes incontournables du processus d'élaboration des recommandations en matière de traitement des addictions. Les unes comme les autres peuvent être instigatrices de ces chantiers. Elles saisissent pour cela l'agence de santé publique compétente qui supervisera les travaux (la HAS, premier producteur de recommandations médicales ou l'AFSSAPS qui publie spécifiquement des recommandations sur les médicaments). En règle générale, d'autres types de contributeurs sont consultés : acteurs de terrain, chercheurs, producteurs de données épidémiologiques voire représentants d'usagers de drogues. La diversité et la représentativité des profils varient d'un exercice à l'autre, mais la consultation implique principalement les professions médicales. Pharmaciens ou infirmiers ont été plus rarement associés et les sociologues, économistes ou juristes, l'ont été moins encore. La notoriété des auteurs des recommandations contribue à légitimer ces travaux et à les promouvoir auprès des professionnels (Davis et al. 1997). En d'autres termes, l'implication de professionnels influents (constituant une forme de *leadership*) permet d'introduire des pratiques cliniques innovantes auprès de leurs pairs.

Méthodes de définition

L'élaboration des recommandations françaises sur le traitement des addictions n'a pas suivi un modèle conceptuel imposé. Diverses méthodes ont été appliquées lors des expériences successives : groupe de travail restreint, audition publique, audit ou, plus récemment, la méthode scientifiquement validée des « recommandations de pratiques cliniques » (cf. encart infra).

La méthode des « recommandations de pratiques cliniques » ou RPC (*Clinical Practice Guidelines*) mobilise en général les promoteurs (initiateurs et financeurs), le comité organisateur (fixant le sujet, les problématiques, les contributeurs et les aspects logistiques), le groupe de travail (qui synthétise les connaissances et prépare les recommandations) et le groupe de lecture (il valide les résultats et fournit des informations complémentaires et des avis d'experts). Elle se déroule en trois phases : une phase préliminaire pour définir la méthode et les objectifs, une phase de développement incluant le recueil de données (par ex. revue de la littérature, enquêtes, etc.) et enfin la phase de diffusion qui comprend l'évaluation de l'impact (ANAES 1999).

Les raisons de ces choix méthodologiques n'ont pas pu être confirmées à travers cette étude mais des préférences culturelles ou corporatives peuvent certainement être invoquées. Par exemple, la conférence de consensus bénéficie en France d'une bonne image et d'une certaine écoute de la part des professionnels concernés et de l'opinion publique (Durand-Zaleski et al. 1992).

Lorsque des attentes de cohésion sociopolitique coexistaient avec des objectifs scientifiques et déontologiques, des procédures telles que la conférence de consensus ou l'audition publique ont été privilégiées. En effet, en permettant une dynamique de « conciliation », celles-ci sont susceptibles de favoriser le soutien des conclusions par un plus grand nombre. Un autre avantage de ces approches est qu'elles constituent également un événement de communication.

Cette dimension est peut être ce qui a péché lors du récent exercice de rédaction des recommandations sur les usages de cocaïne. Car, bien que la rigueur scientifique de leur définition n'ait pas été contestée, leur applicabilité a été mise en cause par certains professionnels qui n'y trouvaient pas toutes les réponses à leurs questions pratiques quotidiennes.

Méthodes de contrôle qualité

En général, les règles du contrôle qualité appliquées à l'élaboration de ces recommandations n'ont pas pu être clairement décrites lors des interviews. Ceci suggère qu'elles aient uniquement consisté en une évaluation interne par les contributeurs. En 2009-2010, pour les recommandations liées aux usages de cocaïne, la HAS a préféré concevoir un système *ad hoc* de notation de la qualité des preuves.

La HAS recourt habituellement aux critères AGREE pour évaluer les recommandations rédigées sous sa responsabilité selon la méthode des « recommandations de pratiques cliniques » (RPC). Elle n'a toutefois pas été en mesure d'appliquer ces critères d'évaluation pour les deux ensembles de recommandations traitant respectivement des mésusages en 2004 et de la cocaïne en 2010, pourtant conçus selon cette même méthode des RPC.

Le questionnaire AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) et ses critères ont été développés par des scientifiques et des décideurs dans le domaine de la santé au début des années 2000. Il vise à évaluer la qualité des « recommandations de pratiques cliniques » qu'elles aient été développées par des instances locales, régionales, nationales ou internationales. Cet outil générique peut être appliqué à tout type de RPC concernant un problème de santé, une intervention médicale ou un type de soins (AGREE Collaborative Group 2000).

Dynamique de conciliation

La capacité des coordinateurs à prendre en compte l'ensemble des positions exprimées au cours du processus appuie l'acceptation ultérieure des recommandations. Cela pourrait expliquer par exemple que, malgré les oppositions préalables marquées, les recommandations de 2004 sur la stratégie de substitution aient bénéficié de meilleurs échos que la plupart des recommandations conçues à ce jour sur le traitement de la toxicomanie (cf.

Graphique11-1). A ce moment, la volonté partagée d'améliorer les pratiques thérapeutiques à travers la conférence de consensus sur la substitution a certainement participé à la cohésion du discours. Le sentiment général était celui d'une harmonisation des traitements. Cet état d'esprit a symbolisé pour beaucoup la « fin de la guerre » et l'acceptation officielle de la substitution.

Il semble que la dynamique de conciliation potentiellement générée lors de l'élaboration des recommandations influe dans une certaine mesure la perception de leur impact ou de leur utilité sociale.

Processus de mise en œuvre

Le processus de mise en œuvre des recommandations s'amorce en fait dès leur phase de conception grâce à la force de persuasion et aux capacités de communication de contributeurs influents. Cependant, la mise en œuvre des recommandations comporte des étapes stratégiques qui lui sont propres : les phases d'adoption, de publication et de diffusion active (formations, systèmes de rappel, etc.) avant la phase finale d'appropriation.

Les mesures entreprises en France dans cette optique sont examinées ici au regard de quatre critères :

- la pluridisciplinarité des promoteurs, comme indicateur de leur représentativité et de leur légitimité à soutenir l'adoption des recommandations ;
- l'accessibilité des publications, en d'autres termes leur caractère opérationnel et pragmatique, caractérisant un premier niveau de diffusion ;
- l'existence de mesures d'accompagnement, particulièrement pour une information proactive (soit un second niveau de diffusion) ;
- les ressources et moyens déployés pour soutenir l'application des recommandations.

Pluridisciplinarité des promoteurs

Dans la plupart des cas, des personnalités influentes (que l'on pourrait qualifier de *leaders*) ont été en mesure de promouvoir ces recommandations en les relayant auprès de leurs confrères ou d'autres auditeurs. Ces personnalités et les réseaux professionnels spécifiques ont assurément eu un rôle important dans la communication en faveur des recommandations. L'investissement de ces experts peut prendre le relais de mesures de diffusion et de communication plus ponctuelles. Mais ces apports ont rarement pu être capitalisés par une stratégie promotionnelle claire, une fois les recommandations finalisées. Les initiatives de communication spécifiques ont eu lieu lorsqu'un laboratoire pharmaceutique ou des associations professionnelles se sont mobilisées comme ce fut le cas pour les recommandations de 2004 sur les stratégies thérapeutiques. La place laissée alors aux acteurs économiques directement concernés par le marché de la substitution a soulevé des questions éthiques. C'est pourquoi, dans cet exemple, les communications et formations organisées par le laboratoire pharmaceutique ont été menées en lien avec le ministère de la Santé ou des instances professionnelles représentatives. Le financement public étant très restreint, la possibilité de recours à des fonds privés s'est révélée précieuse.

Accessibilité des publications

Dans tous les cas, les recommandations ont été publiées dans des revues médicales et via les sites Internet des institutions ou des associations impliquées. Le plus souvent des versions courtes ont été mises à disposition de manière à faciliter la distribution des recommandations et améliorer leur accessibilité pour les praticiens. Dans l'un des cas, la HAS s'est appuyée sur des newsletters pour annoncer la sortie des recommandations. Mais la contrainte représentée par la mise à jour des listes des destinataires a fait cesser ces envois. D'autres supports ont pu être réalisés, comme des brochures ou des courriers à destination des généralistes, résumant les recommandations qui les concernaient directement. A la suite de la conférence

de consensus de 2004, des « systèmes de rappel » tels que des lettres aux prescripteurs ont été élaborés, quoique ponctuellement.

Mesures d'accompagnement

Plusieurs évaluations menées par l'EPOC (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*) ont permis de hiérarchiser selon leur efficacité des modes de communication potentiels relatifs à la mise en œuvre de politiques (cf. tableau ci-dessous). Selon ces travaux, les mesures ciblées et interactives surpassent les autres formes de communication quand il s'agit d'assurer une diffusion appropriée et de favoriser l'intégration de l'information (ANAES 2000) (Grol, R. et al. 2003). Assez logiquement, la combinaison de ces types d'interventions s'avère plus efficace que chacun d'eux mené isolément (SIGN 2008).

Tableau 11-1 : efficacité des modes de communication pour la mise en œuvre effective d'une politique

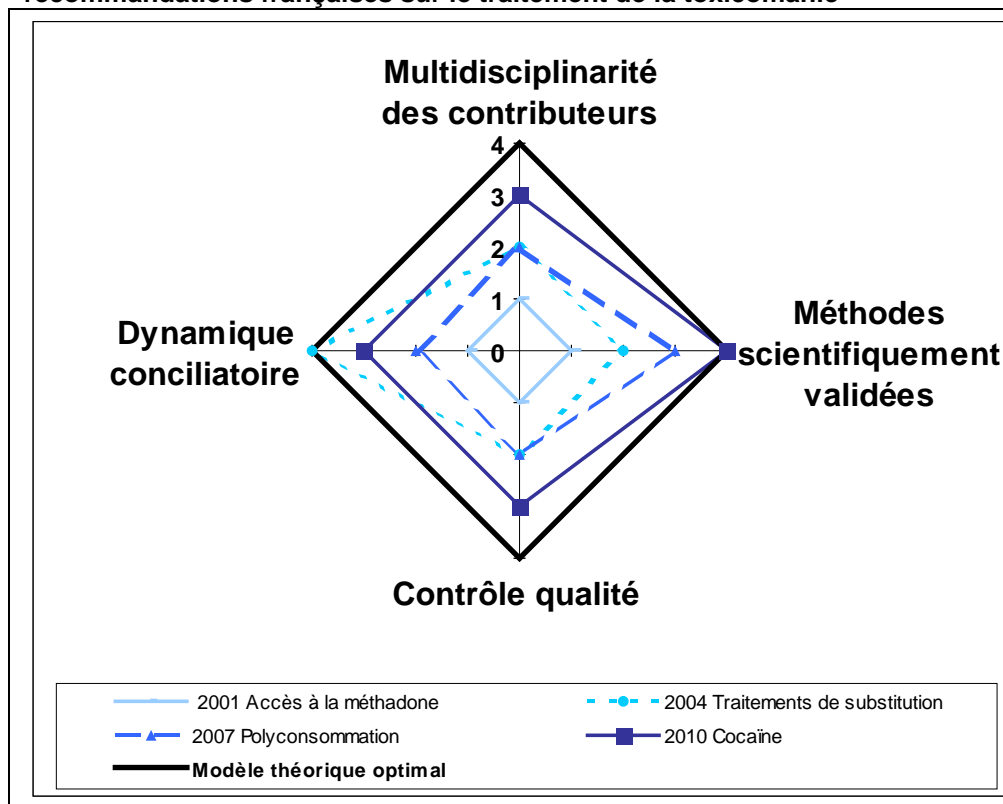
Pas efficace	Peu efficace (effets mitigés)	Moyennement efficace	Très efficace
- Formation médicale continue	- Leader d'opinion - Conférences	- restitution d'audit - Campagne médiatique de masse	Formation interactive

En France, les mesures d'accompagnement de la publication des recommandations sur le traitement de la toxicomanie (comme la formation, les ateliers ou les séminaires) n'ont pas été organisées au plan national. De plus, quelles qu'elles aient été, elles sont demeurées ponctuelles.

En 2004, des réunions et des formations ont été organisées localement pour les praticiens par les soins du laboratoire pharmaceutique distributeur de la BHD. Ce dernier a également financé des brochures destinées aux praticiens et aux usagers de drogues.

Quelques années après la publication de la conférence de consensus de 2004, des modules de formation en addictologie ont été intégrés dans le programme de formation initiale de médecine. Désormais elle fait aussi l'objet de modules courts de formation continue et de formations diplômantes à destination des professionnels de santé. Cependant, de façon générale, l'intégration des recommandations cliniques dans ces cursus n'est pas évaluée.

Graphique 11-1 : Comparaison des processus de définition des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie

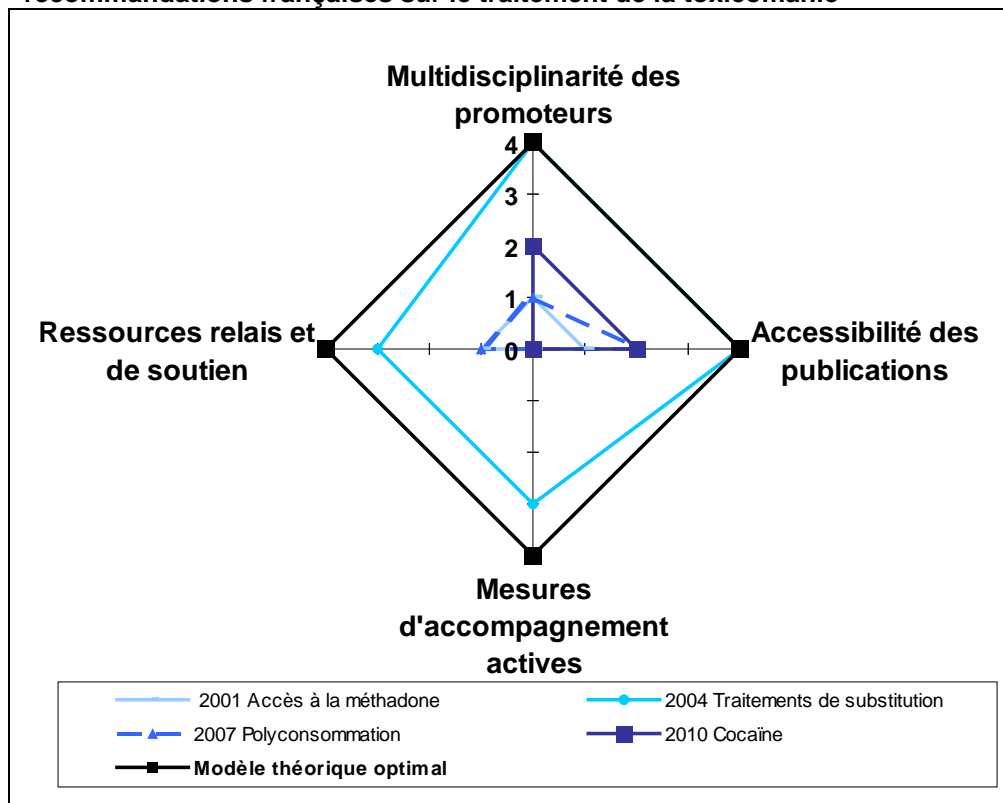


Le processus de définition des recommandations liées au traitement des usages de cocaïne, basé sur la méthode RPC (cf. supra), apparaît le plus proche du modèle théorique optimal, au regard des critères considérés ci-dessus.

Échelle du *benchmarking* sur le processus de définition

Niveau	Pluridisciplinarité des contributeurs	Caractère scientifiquement validé de la méthode	Dynamique de conciliation	Contrôle qualité
1 Niveau primaire	Décideurs, professionnels concernés ¹⁵ ,	Expertise empirique professionnelle	Identification épidémiologique des besoins	Interne
2 Niveau intermédiaire	Niveau 1 + population cible finale	Références documentaires partielles	Niveau 1 + consultation des diverses parties prenantes	Indépendant
3 Niveau intermédiaire amélioré	Niveau 2 + chercheurs	Revue systématique	Niveau 1 + contribution active des diverses parties prenantes existantes	Indépendant et basé sur des avis croisés
4 Niveau optimal (modèle idéal)	Niveau 3 + autres professionnels concernés	Niveau 3 + classification standardisée des preuves	Niveau 3 + consensus	Niveau 3 + évaluation de processus

Graphique 11-2 : Comparaison des processus de mise en œuvre des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie



Par comparaison aux autres expériences, des moyens plus importants et plus pertinents ont été déployés pour accompagner la mise en œuvre des recommandations de 2004 liées à la substitution aux opiacés.

Échelle du *benchmarking* sur le processus de mise en œuvre

Niveau	Pluridisciplinarité des promoteurs	Accessibilité des publications	Mesures d'accompagnement ¹¹⁶	Ressources et dispositif de soutien
1 Niveau primaire	Décideurs	Matériaux écrits, Internet (base de données en ligne)	Formation universitaire continue	Textes législatifs
2 Niveau intermédiaire	Niveau 1 + Acteurs relais ¹¹⁷	Niveau 1 + version courte des recommandations	Leader d'opinion et restitution d'audit	Niveau 1 + financement spécifique
3 Niveau intermédiaire amélioré	Niveau 2 + Acteurs économiques	Niveau 2 + version courte ciblée	Ateliers, séminaires ou formations interactifs	Niveau 2 + système de contrôle des prescriptions OU unité de mise en œuvre
4 Niveau optimal (modèle idéal)	Niveau 3 + population cible finale	Niveau 3 + Newsletter, système de rappel des prescriptions	Combinaison durable des mesures précitées	Niveau 2 + contrôle des prescriptions ET unité de mise en œuvre

¹¹⁶ Adapté du travail du SIGN (SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

¹¹⁷ Organismes professionnels, experts, personnalités

Ressources et dispositif de soutien

En France, ni la loi ni aucune instance de contrôle n'oblige les praticiens à suivre les recommandations émises. Seul intervient le contrôle des prescriptions abusives ou suspectes des produits de substitution (dose quotidienne moyenne de BHD strictement supérieure à 32 mg/jour) entrepris par la CNAMTS depuis 2004. Ce dispositif a pour but de réduire l'usage détourné des médicaments de substitution.

Les représentations ordinales professionnelles (médecins, pharmaciens) peuvent d'autre part émettre des avis cliniques ou techniques. Mais aucun administrateur (local ni national) ne suit ni ne supervise les traitements de substitution dispensés. A l'exception de la création de comités départementaux de suivi des traitements de substitution aux opiacés (qui ont finalement disparu), les ressources humaines adéquates n'ont pas été déployées pour soutenir l'application des recommandations. Aucun pôle de ressources pérenne (ex. : médiateurs, unité dédiée), susceptible d'accompagner les praticiens dans la compréhension ou l'apprentissage des recommandations, n'a pu être institué localement ni nationalement, ni par les autorités sanitaires ni par les organisations professionnelles.

A travers les expériences rapportées, les lacunes relevées dans les dispositifs de soutien des recommandations apparaissent largement imputables au manque récurrent de ressources financières, obstacle majeur à une stratégie de mise en œuvre construite, active et viable.

Éléments d'évaluation disponibles

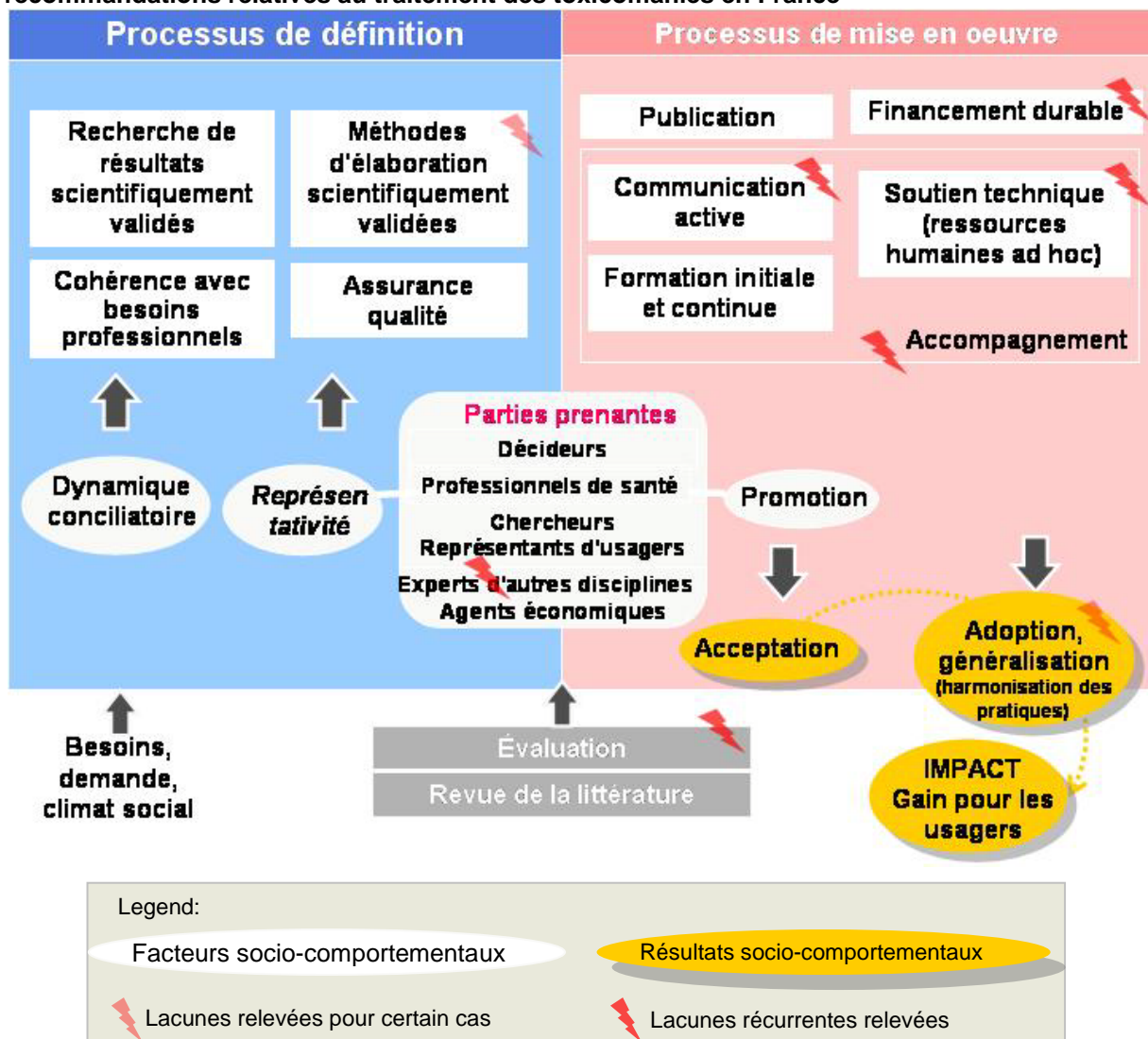
Les expériences rapportées n'ont pas fait l'objet d'évaluation. Cependant, avec le recul, la perception des professionnels est que ces diverses recommandations n'ont eu qu'un impact limité, hormis les bénéfices reconnus de la conférence de consensus de 2004 sur le climat social entre les professionnels. Les principales critiques portent sur les défaillances dans l'accompagnement des recommandations auprès de leurs destinataires.

Une étude récente de l'ANITeA (à paraître) a mis au jour une grande hétérogénéité des pratiques de substitution et des connaissances sur les bonnes pratiques au sein des structures de soins spécialisées (CSAPA). Ces conclusions tendent à confirmer la perception des experts interrogés pour la présente analyse.

La littérature nous révèle que, dans le domaine des addictions du moins, le manque de visibilité de l'impact des recommandations n'est pas exceptionnel. Malgré les multiples sources soutenant la mise en œuvre des approches scientifiquement validées, celles-ci sont généralement sous-utilisées dans le traitement de la toxicomanie (Institute of Medicine 2005).

Le schéma ci-dessous résume les facteurs influant le processus de production et de mise en œuvre des recommandations françaises sur le traitement des toxicomanies, ainsi que leurs principaux défauts.

Graphique 11-3 : Facteurs déterminants du développement et de la mise en œuvre des recommandations relatives au traitement des toxicomanies en France



11.4. Pistes d'amélioration possibles

Quelques pistes d'amélioration se dégagent de cette analyse. Leur estimation budgétaire n'a cependant pas été effectuée dans le cadre de cette étude.

Il apparaît essentiel d'impliquer, du début à la fin du processus, les différents publics concernés, notamment les relais d'opinion potentiels, afin de traiter convenablement les attentes de l'ensemble des parties prenantes et d'adopter des méthodes réalistes facilitant le changement. L'engagement et la responsabilité des personnalités relais d'opinion s'avèrent important pour le développement et la diffusion des recommandations tout comme les ressources humaines et les dispositifs de soutien appropriés s'avèrent nécessaires pour leur viabilité.

En effet, la promotion de recommandations doit pouvoir s'inscrire dans le temps, au-delà de la simple phase de leur publication et selon des formes proactives. Des efforts particuliers sont donc requis en matière de communication et de dispositif d'accompagnement. Les lacunes observées en la matière s'expliquent pour tout ou partie par l'absence de fonds publics spécifiques.

Un plan d'action permettrait de structurer la coordination d'une stratégie de mise en œuvre durable et économiquement pertinente. Si un tel plan devait être défini à l'avenir, il pourrait se décliner comme suit :

1. Montage d'un réseau national de réflexion et d'échange ;
2. Formation continue des professionnels et modules intégrés dans des programmes universitaires pertinents ;
3. Etablissement d'un service d'aide aux praticiens (pôle ressource) pour l'application des recommandations ;
4. Evaluation formative des processus de mise en place ; recherches complémentaires sur les expériences qui ont porté leurs fruits ;
5. Recherche sur l'acceptation des approches par les toxicomanes ;
6. Révision régulière des recommandations ;
7. Observation des demandes de traitement de la toxicomanie.

Aujourd'hui, le suivi des demandes de soins et les sessions universitaires sont les seuls points régulièrement réalisés en France.

11.5. Conclusion

La Haute Autorité de Santé a élaboré à ce jour six ensembles de recommandations sur le traitement des usages de drogues illicites. Ce chapitre décrit le processus de production (définition et mise en œuvre) de cinq d'entre eux (le sujet de la désintoxication ayant été exclu), sur la base d'une revue de la littérature et d'entretiens menés auprès d'experts-clés. La plupart de ces recommandations traitent de la substitution aux opiacés qui est devenue, dans les années 1990, le mode de traitement prédominant en France.

Le système de traitement de la toxicomanie a été pendant longtemps dominé par l'approche psychanalytique. Avec l'épidémie des infections par le VIH, en particulier chez les toxicomanes injecteurs, la France a adopté, bien que tardivement, une politique en matière de substitution dans une perspective de réduction des risques et des dommages sanitaires. La grande proportion des médecins généralistes impliqués ou potentiellement concernés par les soins aux toxicomanes a été l'une des principales raisons qui a poussé la France à opter préférentiellement pour la buprénorphine au milieu des années 1990. Mais l'avènement de la substitution a été marqué par des dissensions importantes dans le corps médical. Au début des années 2000, la pacification du débat sur la substitution était aussi cruciale que le besoin d'harmoniser les pratiques. Dans ce sens, l'élaboration des recommandations devait aussi constituer un terrain de réconciliation.

Toutes les recommandations formelles ont été élaborées pendant les années 2000 selon des méthodes diverses : groupe de travail restreint, audition publique, audit ou méthode de « Recommandations de pratique clinique » (*Clinical Practice Guidelines*). Les processus d'assurance qualité ont également varié, allant des discussions internes à des révisions croisées de relecteurs indépendants. Toutefois, les méthodes appliquées pour les systèmes de hiérarchisation des recommandations et les critères d'évaluation eux-mêmes demeurent flous.

Bien que les méthodes de définition et de contrôle qualité n'aient pas toujours suivi les modèles validés par la littérature internationale, cela ne permet pas de jauger la qualité des recommandations. Les lacunes les plus évidentes concernent avant tout la diffusion des recommandations. En effet, elle est rarement allée au-delà d'un premier niveau consistant en leur publication. La communication et les dispositifs d'accompagnement des professionnels ont aussi fait défaut. Aujourd'hui, l'intervention de relais d'opinion est un atout majeur dans la production de recommandations, particulièrement lorsqu'elles tendent vers des pratiques innovantes. Elle apparaît essentielle non seulement pour que le contenu des

recommandations gagne en cohérence mais aussi pour favoriser leur acceptation et finalement l'adoption de nouvelles pratiques.

Des barrières telles que le manque de moyens financiers et humains ainsi que des questions organisationnelles ou idéologiques freinent encore l'avancée des approches avérées efficaces dans les pratiques quotidiennes. En France, incontestablement, les efforts à venir doivent se concentrer sur les ressources et les mesures d'accompagnement des recommandations pour asseoir leur mise en œuvre.

Le laps de temps relativement court entre la publication des deux derniers ensembles de recommandations et l'identification de problématiques de consommation à leur origine laisse penser que les autorités recourent plus spontanément à ce type d'outils dans le domaine des toxicomanies. En raison des coûts élevés de leur organisation, la HAS, principal producteur de recommandations médicales en France, ne devrait plus recourir aux conférences de consensus. A l'avenir, elle entend s'orienter de plus en plus vers des méthodes scientifiquement validées comme celle des « recommandations de pratiques cliniques » (*Clinical Practice Guidelines*).

Annexe I : Synopsis des recommandations liés aux traitements des addictions

Recommandations (année)	Objectifs	Interventions ciblées	Professionnels ciblés	Acteurs	Méthode et contrôle qualité	Ressources pour la mise en œuvre
<p>L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations (2002)</p> <p><i>Révisée et renouvelée par la conférence de consensus suivante en 2004</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser, clarifier et organiser la politique de santé publique en matière de traitement de substitution ▪ Développer et maintenir ce qui fonctionne, évaluer et corriger ce qui ne fonctionne pas ▪ Améliorer la qualité des soins avec les traitements de substitution en prison ▪ Améliorer la facilité d'utilisation de la méthadone et promouvoir l'adhésion des usagers de drogues à une thérapie 	Traitement de substitution	Professionnels de santé du champ des toxicomanies ¹¹⁸	<p>Initiateur et promoteur : ministre délégué à la Santé</p> <p>Contributeurs : Professionnels de santé (psychiatres, praticiens hospitaliers, pharmaciens, médecins généralistes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport ▪ Expertise professionnelle empirique ▪ Contrôle qualité interne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication (92 pages) ▪ Mise en ligne sur Internet ▪ Comités départementaux de suivi des traitements de substitution
						<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000177/0000.pdf

¹¹⁸ Spécialistes de la toxicomanie, psychiatres, médecins généralistes

Recommandations (année)	Objectifs	Interventions ciblées	Professionnels ciblés	Acteurs	Méthode et contrôle qualité	Ressources pour la mise en œuvre
Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les objectifs et les résultats attendus pour les traitements de substitution ▪ Identifier les modalités de soutien nécessaires pour la mise en œuvre et le suivi des traitements ▪ Trouver des moyens pour les adoptions dans les cabinets de médecine générale ▪ Promouvoir les bonnes pratiques dans le suivi des patients recevant les traitements 	<p>Traitements de substitution avec méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD)</p> <p><i>Pour plus d'informations : Se reporter à la section 4</i></p>	Professionnels de santé du champ	<p>Initiateur : FFA</p> <p>Contributeurs : Professionnels de santé¹¹⁹, ANAES, Représentants des usagers de drogues</p> <p>Promoteurs : ANAES, FFA, laboratoires pharmaceutiques, professionnels de la santé, représentants des usagers de drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conférence de consensus ▪ Références documentaires partielles ▪ Contrôle qualité indépendant ▪ Système de contrôle des prescriptions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication d'une version courte et d'une version longue des recommandations (15/40 pages) ▪ Mise en ligne sur Internet ▪ Version très synthétisée adressée aux médecins généralistes ▪ Brochures ▪ Formations/Ateliers

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf (version courte)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf (version longue)

¹¹⁹ Psychiatres, médecins généralistes, docteurs en médecine spécialisés dans la santé publique ou l'addiction, pharmaciens, psychologues et autres

Recommandations (année)	Objectifs	Interventions ciblées	Professionnels ciblés	Acteurs	Méthode et contrôle qualité	Ressources pour la mise en œuvre
Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les médicaments de substitution disponibles, leurs mésusages et les facteurs déterminants ▪ Améliorer la prescription en contrôlant et en réévaluant le traitement et le suivi du patient ▪ Améliorer l'organisation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic en fonction du DSM-IV ou de la CIM-10 ▪ Prescription des médicaments 	Professionnels de santé du champ	<p>Initiateur : ministère de la Santé, CNAMTS, AFSSAPS</p> <p>Contributeurs : Professionnels de santé du champ¹²⁰, ANAES, Représentants des usagers de drogues</p> <p>Promoteurs : ANAES, AFSSAPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandations de pratique clinique ▪ Références documentaires partielles ▪ Contrôles qualité indépendants croisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication (15 pages) ▪ Base de données en ligne ▪ Fiches descriptives pour les médecins prescripteurs qui servent de mémo des bonnes pratiques ▪ Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) ▪ Contrôle des prescriptions

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiaces_recos.pdf

¹²⁰ Psychiatres, médecins généralistes, docteurs en médecine spécialisés dans la santé publique ou l'addiction, pharmaciens, psychologues et autres

Recommandations (année)	Objectifs	Interventions ciblées	Professionnels ciblés	Acteurs	Méthode et contrôle qualité	Ressources pour la mise en œuvre
Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition (2007)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eduquer tous les professionnels impliqués dans la gestion des différentes addictions ▪ Fournir à ces professionnels des recommandations opérationnelles ▪ Proposer des études, des programmes et des formations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application de l'ASI (Addiction Severity Index) ▪ Soins thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnels de santé du champ, en particulier ceux en contact avec les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées, les détenus, la population précaire, les sportifs ▪ Chercheurs 	<p>Initiateur : Ministère de la Santé</p> <p>Contributeurs : Professionnels de la santé, HAS</p> <p>Représentants des usagers de drogues</p> <p>Promoteur : HAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audition publique ▪ Revue systématique ▪ Contrôle qualité indépendant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication (36 pages) ▪ Mise en ligne sur Internet

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_polyconsommations_-_version_finale_2007_12_21__21_47_28_78.pdf

Recommandations (année)	Objectifs	Interventions ciblées	Professionnels ciblés	Acteurs	Méthode et contrôle qualité	Ressources pour la mise en œuvre
Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les soins apportés aux usagers de cocaïne ▪ Faciliter leur identification et le sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil ▪ Suivi psychologique sur les drogues ▪ Sevrage ▪ Psychothérapie 	Professionnels de santé du champ, en particulier ceux en contact avec les femmes enceintes et les jeunes ¹²¹	<p>Initiateur : ministère de la Santé</p> <p>Contributeurs : Professionnels de santé du champ, HAS Représentants des usagers de drogues, Chercheurs</p> <p>Promoteur : HAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandations de pratique clinique ▪ Revue systématique et évaluation standardisée des faits ▪ Contrôles qualité indépendants croisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication d'une version courte et d'une version longue des recommandations (28/148 pages) ▪ Mise en ligne sur Internet
<p>http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf (version courte)</p> <p>http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf (version longue)</p>						

¹²¹ Dans les soins de santé primaires, les hôpitaux ou les centres spécialisés.

Annexe II : Liste alphabétique des experts interviewés

Christine BARBIER	<i>Direction générale de la santé (DGS)</i>
Henri BERGERON	<i>Centre national de recherche scientifique (CNRS)</i>
Anne COPPEL	<i>Sociologue de la santé publique spécialisée dans le domaine de l'addiction</i>
Jean-Pierre COUTERON	<i>Président de l'association ANITeA</i>
Patrice DOSQUET	<i>Haute autorité de santé (HAS)</i> <i>Responsable du département Recommandations</i>
Isabelle FERONI	<i>Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)</i>
Albert HERSZKOWICZ	<i>Direction générale de la santé (DGS)</i>
Laurent KARILA	<i>Médecin psychiatre hospitalier</i>
Bertrand LEBEAU	<i>Médecin clinicien en centres de traitement spécialisés en addictologie</i>
William LOWENSTEIN	<i>Président du groupe TSO (au sein de la Commission Addictions)</i>
Michel MALLARET	<i>Président de la Commission nationale sur les stupéfiants et les psychotropes (CNSP)</i>
Alain MOREL	<i>Président de la Fédération française d'addictologie (FFA)</i>
Dominique MEUNIER	<i>Association ANITeA</i>
Fabrice OLIVET	<i>Président de l'association Autosupport des usagers de drogues (ASUD)</i>
Pascale REDON	<i>Département de la santé (DGS)</i>

Annexe III : Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation</i>
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
Anesm	Agence nationale d'évaluation et de qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux
ANITeA	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
Asud	Autosupport des usagers de drogues
BHD	Buprénorphine haute dosage
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DGS	Direction générale de la santé
FFA	Fédération française d'addictologie
HAS	Haute autorité de santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
Mildt	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Rec.	Recommandations
RPC	Recommandations de Pratique Clinique

Annexe IV : Comparaison avec les recommandations de l'OMS

Le recours à des lignes directrices écrites ou *guidelines* est considéré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une démarche essentielle pour promouvoir les "bonnes pratiques" dans le traitement de la toxicomanie, face à la multitude des données et assertions plus ou moins fondées existant sur le sujet. (WHO et al. 2008). C'est dans ce contexte que, l'OMS a récemment publié ses recommandations pour le traitement pharmacologique psycho socialement assisté de la dépendance aux opiacés (WHO 2009). Ces recommandations, définies par un groupe d'experts international, en collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (UNODC), répondent à une résolution du Conseil économique et social des Nations unies (ECOSOC). Elles sont basées sur une revue systématique de la littérature et sur la consultation d'experts des divers domaines pertinents. Une étude réalisée par le CIAR (Centre de recherche interdisciplinaire sur l'addiction, université d'Hambourg) a montré une grande diversité entre les Etats membres de l'UE concernant le nombre et le contenu des recommandations sur le traitement de la toxicomanie (Zurhold et al. 2009). Dans cette section, les recommandations françaises liées à la substitution aux opiacés sont comparées aux recommandations de l'OMS. Des commentaires complémentaires sont présentés sous le tableau.

	Oui (inclus)	Non (non inclus)	Non applicable (cf. commentaires)	Pas de réponse
Pour chacune des recommandations de l'OMS infra, son intégration dans les recommandations nationales actuelles est précisée. Evalueurs : Tiphaine Canarelli (OFDT) & Stefanie Schütte (étudiante en Master de Santé publique)				
1. Choix du traitement				
1.2 Pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés, les cliniciens devraient proposer un traitement de sevrage aux opiacés, un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé et un traitement avec utilisation d'un antagoniste opiacé (naltrexone), sachant que la plupart des patients devraient être orientés vers un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
1.3 Pour les patients dépendants aux opiacés qui n'ont pas commencé un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé, il est possible d'envisager une pharmacothérapie antagoniste au naltrexone une fois le sevrage complet aux opiacés obtenu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
2. Traitement d'entretien avec utilisation d'un agoniste opiacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Pour le traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé, la plupart des patients devraient être orientés vers l'usage de la méthadone dans des doses appropriées plutôt que de la buprénorphine.		X		
2.2 Au début du traitement par la méthadone, la posologie quotidienne initiale devrait dépendre du niveau de neuro-adaptation ; elle ne devrait généralement pas dépasser 20 mg, et certainement pas excéder les 30 mg.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3	En moyenne, les doses de méthadone en vue de la maintenance devraient se situer entre 60 et 120 mg par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
2.4	Les doses de maintenance moyennes de buprénorphine devraient être d'au moins 8 mg par jour.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Les dosages de méthadone et de buprénorphine devraient être directement supervisés lors de la phase initiale du traitement.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Les doses de traitement « à emporter » devraient être proposées aux patients lorsque l'on considère que les bénéfices d'une fréquence réduite des consultations surpassent le risque de détournement, sous couvert d'un contrôle régulier.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Un soutien psychosocial devrait être proposé couramment en association avec le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3.	Gestion du sevrage aux opiacés				
3.1	Pour la conduite du sevrage aux opiacés, des dosages dégressifs des agonistes opiacés devraient être généralement utilisés, bien que les agonistes alpha-2 adrénergiques puissent être également utilisés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3.2	Les cliniciens ne devraient pas utiliser en routine l'association d'antagonistes opiacés à une sédation minimale durant un sevrage aux opiacés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3.3	Les cliniciens ne devraient pas utiliser l'association d'antagonistes opiacés avec une sédation lourde durant un sevrage aux opiacés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3.4	Les services d'aide psychosociale devraient être couramment proposés en association avec le traitement pharmacologique de sevrage aux opiacés.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Grossesse				
4.1	Le traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé devrait être utilisé pour le traitement de la dépendance aux opiacés pendant la grossesse.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Les programmes de maintenance basés sur la méthadone devraient être proposés pendant la grossesse de préférence à ceux basés sur la buprénorphine pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Même s'il existe moins de preuves quant à la sécurité de la buprénorphine, elle peut également être proposée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
5.	Recommandations sur les traitements en milieux fermés				
5.1	Les présentes recommandations sont-elles en accord avec les « Recommandations cliniques pour la gestion du sevrage et le traitement de la toxicomanie dans les milieux fermés » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Ci-dessous figurent de plus amples commentaires sur les réponses apportées, référencés selon le numéro des recommandations utilisé dans le tableau.

« 1. Choix du traitement »

Les recommandations préconisent le sevrage des opiacés et la maintenance par agoniste opiacé mais non par antagoniste. Par conséquent, il n'y a pas de pharmacothérapie à la naltrexone et il est conseillé en France de recourir à un traitement de maintenance par agoniste opiacé.

2. Traitement de maintenance par agoniste opiacé

2.1 Il existe deux types de traitements de maintenance par agoniste opiacé : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Aucun n'est recommandé plus que l'autre. Les recommandations soulignent cependant que méthadone est davantage indiquée pour les toxicomanes injecteurs. D'un autre côté, la méthadone ne peut être prescrite que de manière restreinte (centres spécialisés) alors que la BHD peut être prescrite par tous les médecins et en particulier en médecine de ville.

2.2 La dose initiale de méthadone se situe entre 10 et 40 mg par jour et peut être augmentée de 5 à 10 mg entre 1 et 3 jours par semaine sans dépasser 50 % de la dose initiale. La dose initiale quotidienne de BHD est de 4 à 8 mg et peut être augmentée de 1 à 2 mg entre 1 et 3 jours jusqu'à la dose optimale.

2.3 La majorité des patients traités avec la méthadone est stabilisée avec une dose de 60 à 100 mg par jour mais certaines personnes ont besoin de doses supérieures. Aucune dose maximale n'a été indiquée pour la méthadone.

2.4 Pour la BHD, la majorité des personnes est stabilisée entre 8 et 16 mg par jour. Pour autant, certaines personnes ont besoin de doses supérieures de 16 mg (exceptionnellement 24 mg). La posologie maximale fixée par l'autorisation de mise sur le marché est de 16 mg par jour. Par conséquent lorsque des posologies supérieures sont réclamées, il est recommandé au prescripteur de requérir l'opinion d'un spécialiste (CSAPA, établissements de soins, addictologie, psychiatre, etc.).

2.5 Le traitement initial est prescrit pour 1 à 2 jours, avec délivrance quotidienne, ce qui nécessite la collaboration du pharmacien. Il doit être contacté par téléphone par le prescripteur et doit être d'accord avec les conditions. Ses coordonnées doivent figurer sur l'ordonnance de prescription (arrêté du 1^{er} avril 2008). Le prescripteur et le pharmacien doivent être d'autre part régulièrement en contact.

Pendant la phase initiale, il est recommandé que les consultations aient lieu plusieurs fois par semaine afin d'ajuster la posologie si besoin, mais aussi pour réévaluer l'effet recherché par la personne, estimer son adhésion, rechercher l'association avec d'autres substances psychoactives et approfondir l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient. Par conséquent, les premières semaines, une relation thérapeutique doit être établie, afin d'évaluer la situation du patient et adapter le traitement.

Pour la méthadone, la réglementation exige un test urinaire avant le démarrage du traitement ainsi qu'un suivi.

2.6 Aucune dose « à emporter » n'est mentionnée dans les recommandations actuelles.

2.7 Le fait de proposer un soutien psychosocial systématique en association avec le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés ne figure pas dans les recommandations actuelles. La coopération entre travailleurs sociaux et professionnels de santé est cependant

largement préconisée dans les recommandations. L'autorisation de mise sur le marché insiste sur cette approche globale (médicale, psychologique et sociale).

3. Gestion du sevrage aux opiacés

Trois méthodes différentes de gestion du sevrage aux opiacés sont recommandées : un sevrage rapide, un sevrage progressif ou le changement de molécule pour arrêter le traitement de substitution.

Aucune de ces méthodes n'est plus recommandée qu'une autre.

Le sevrage rapide est réalisé en hôpital avec un traitement symptomatique (antihypertenseurs centraux, BZD, hypnotiques)

Le sevrage progressif est réalisé en ambulatoire selon des paliers progressifs de diminution de la posologie, par exemple de 1 à 2 mg pour la BHD et de 5 à 10 mg pour la méthadone.

Dans le cas du changement de molécule, il est recommandé de réduire progressivement la posologie du médicament que le patient souhaite arrêter avant de changer de molécule. La transition entre la méthadone et la BHD requiert une diminution de la posologie d'au moins 30 mg et un intervalle libre d'au moins 24 heures entre la dernière dose de méthadone et la première dose de BHD ; le passage de la buprénorphine à la méthadone requiert un temps de latence mais moindre (16 heures peuvent être suffisantes).

3.1 Pour la gestion du sevrage des opiacés, une posologie dégressive des agonistes opiacés est recommandée mais les agonistes alpha-2 adrénergiques ne sont pas mentionnés.

4. Grossesse

La prescription d'un traitement de maintenance par agoniste opiacé est recommandée, dans l'idéal avant d'envisager une grossesse ou au cours du premier voire du deuxième trimestre. Cependant, l'initialisation d'un tel traitement en fin de grossesse est controversée.

Les effets périnataux de la méthadone et de la BHD sont identiques. Il n'y a donc aucune préférence donnée à l'un ou l'autre des traitements.

5. Milieux fermés

Le médecin doit garantir une continuité des soins et éviter les syndromes du sevrage, bien que la consommation réelle des drogues en prison soit inconnue.

La formation des équipes et du personnel médical et également de l'administration pénitentiaire est recommandée pour soutenir les programmes de traitement y compris l'évaluation et les approches psychosociales dans la pratique (mésusage, trafic, manque d'intimité, etc.).

Depuis le 30 janvier 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à proposer un traitement de substitution basé sur la méthadone à un adulte qui est dépendant aux opiacés. Jusqu'alors, cette possibilité avait été réservée aux médecins travaillant en CSST dans les associations ou les hôpitaux et exerçant dans un environnement ouvert ou pénal. Le développement de la prescription initiale de la méthadone à la fois dans les hôpitaux et les établissements pénitentiaires a été inclus dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008).

Il est aussi recommandé de développer un guide des bonnes pratiques (promu par la Direction générale de la santé, l'administration pénitentiaire et les acteurs sanitaires et sociaux) qui faciliterait l'établissement de traitements de maintenance aux opiacés et permettrait un suivi des détenus dans de meilleures conditions.

12. Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique

12.1. Introduction.

La réduction de la mortalité par surdoses de substances illicites ou de traitements hors protocole médical demeure un enjeu majeur de santé publique en France comme le rappelle encore le plan 2008-2011 présenté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). Mieux lutter contre ce phénomène passe par une connaissance régulièrement mise à jour de ses tendances, et donc la disponibilité d'outils de mesure efficaces. La situation à ce niveau apparaît comme paradoxale : il existe plusieurs sources officielles de recensements des décès liés aux surdoses de substances illicites, mais sur lesquelles planent toujours le soupçon d'un sous-enregistrement (Lecomte et al. 1994; Lepère et al. 2001; Janssen, E. 2010). Ces sources, les niveaux estimés ainsi que leurs limites méthodologiques ont déjà fait l'objet de descriptions dans les différents rapports nationaux transmis à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). La question de leur validité prend une acuité particulière au vu de la hausse du nombre de surdoses enregistrés depuis 2003.

Une approche alternative et complémentaire à ces registres fournissant des données transversales est la constitution de cohortes d'usagers et leur suivi sur le long terme (plusieurs années). La surmortalité des usagers de drogues en France, comparée à celle de la population générale, a fait l'objet de plusieurs études (Gremy et al. 1997; Lopez et al. 2004). En France, on ne dispose actuellement que des résultats d'une enquête rétrospective menée au début des années 2000. La mise en place d'une cohorte cette fois-ci prospective a fait l'objet de plusieurs recommandations de la part de la communauté scientifique, de santé publique et épidémiologique. C'est pour répondre à cette double attente que l'OFDT a lancé une étude, répondant aussi aux demandes de l'OEDT, en s'appuyant sur le réseau des centres de soins des usagers et les structures bas-seuil ou de réduction des risques.

Les causes de décès des usagers de substances psychoactives ne se restreignent pas aux seules surdoses. Le partage de matériels utilisés pour la prise de ces substances (seringues, eaux, pailles) demeure une des principales causes de diffusion de pathologies mortelles, telles que le sida et les hépatites. Des registres spécifiques existent et renseignent les évolutions enregistrées au cours des deux dernières décennies.

12.2. Suivi récent des études cohorte mortalité parmi les UPD

12.2.1. L'étude rétrospective Usagers d'héroïne, cocaïne et crack.

On ne dispose à ce jour en France que d'une seule étude de cohorte finalisée dont les résultats ont fait l'objet d'une publication. Celle-ci a été menée par l'OFDT, en collaboration avec les services de police de l'Office central de répression des trafics Illicites de stupéfiants (OCRTIS), à partir d'une cohorte rétrospective d'usagers interpellés par les services de police (Lopez et al. 2004)¹²².

Un total de 42 500 individus nés en France et interpellés en 1992, 1993, 1996 ou 1997 pour usage simple ou usage et revente d'héroïne, de cocaïne ou de crack et les personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cannabis. Un troisième groupe d'interpellés pour

¹²² Pour plus de détails, consulter l'URL <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftadlk5.pdf> pour une version en anglais.

usage d'ecstasy a été constitué mais l'effectif trop réduit n'a pas permis une analyse fiable de la mortalité. Seules les personnes interpellées pour usage/revente d'héroïne, cocaïne et crack ont pu faire l'objet d'une exploitation statistique.

La cohorte des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack comprend environ 23 000 individus, à 82 % de sexe masculin, âgés en moyenne de 27 ans. Un peu plus de 70 % sont chômeurs ou sans profession déclarée. Ils sont plus nombreux dans les régions situées au nord et au nord-est de la France ainsi que dans le pourtour méditerranéen. Une majorité des individus de ce groupe (52 %) a été interpellée plus d'une fois. Au terme des appariements de fichiers, 1 016 décès de personnes incluses dans cette cohorte ont été recensés entre 1992 et 2001. Parmi ces décès, 609 causes (codées selon les règles de la CIM9) ont pu être documentées. Les 407 décès restant n'ont pu être renseignés au moment de l'analyse des données.

Sur l'ensemble de la période d'observation, le taux brut de mortalité s'établit à 7,3 décès pour mille personnes-années (PA). Les taux de mortalité parmi les personnes interpellées, augmentent, logiquement, avec l'âge à l'interpellation (3,8 pour mille PA pour les moins de 25 ans vs 17,9 parmi les 45-59 ans) et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (7,7 pour mille PA vs 5,3). Les taux bruts de mortalité ont connu une forte évolution à la baisse au cours de la période d'observation. Calculés sur les quatre années qui suivent l'interpellation, les taux de mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne/cocaïne/crack en 1996/1997 sont près de deux fois inférieurs à ceux des personnes interpellées en 1992/1993 (en moyenne 6,2 pour mille PA contre 10,3 pour mille PA). Les données standardisées permettent de comparer les données de la cohorte à celle de la population française. À âge égal, les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont un risque de décéder 5 fois plus élevé que la moyenne masculine nationale ; pour les femmes interpellées, le risque par rapport à la population féminine française est supérieur à 9.

Les ratios de mortalité standardisés désagrégés selon la cause immédiate sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 12-1 : RSM par cause de décès et par sexe, cohorte d'interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack (1992-1999).

Causes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	22,0***	23,2***
dont sida avéré et infection par le VIH	24,0***	28,7***
Tumeurs	2,3**	3,2*
Troubles mentaux	42,6***	139,9***
dont pharmacodépendance	102,7***	677,4***
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1,5	-
Maladies de l'appareil circulatoire	3,5***	12,9***
Maladie de l'appareil respiratoire	5,1**	5,9
Maladie de l'appareil digestif	4,9***	14,5**
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	4,1***	10,2***
dont : accidents de la circulation	3,1***	5,4**
intoxication accidentelle	26,2***	-
autres accidents et séquelles	10,0***	22,7**
suicides	3,5***	12,6***
homicides	10,7***	-
Symptômes, signes et états morbides mal définis	12,0***	34,9***

Année de référence : 1997, 15-54 ans. *** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05. Source : Lopez et al. 2004.

Les décès des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack pour lesquels les causes de décès sont connues, se répartissent en 20 % de décès par surdose directement liés à l'usage de drogues, 13 % de décès par sida, un peu plus d'un tiers de décès pour causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement (parmi lesquels 10 % par accidents de la circulation et 11 % par suicides) et un cinquième de décès dont la cause est inconnue. Les 15 % restant comprennent les décès par tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif.

Cette étude présente plusieurs limites importantes : la première est qu'elle se centre sur un type d'usager particulier, susceptible d'avoir été arrêté par les forces de l'ordre. La population délimitée ne correspond qu'à un profil particulier d'usagers, dont on ne connaît pas les usages (fréquence, modalités de prises). La seconde renvoie à une hypothèse de détention pour usage. Or, on sait en pratique que les services de police et de gendarmerie ont recours au motif d'usage de substances illicites pour assurer une détention, pour un motif plus facilement prouvé que la revente de stupéfiants illicites. Une troisième limite concerne les échecs d'appariement entre les différents fichiers, concernant 11 % des individus suivis.

12.2.2. L'étude prospective Cohorte santé mortalité des usagers.

La constitution d'une cohorte prospective d'usagers de substances illicites (population soumise au risque) demeure la seule solution rigoureuse afin d'estimer les risques de mortalité (approche quantitative) ainsi que les causes des décès (approche qualitative). Cette solution, méthodologiquement complexe à mettre en œuvre et très coûteuse, n'avait jusqu'à présent pas été adoptée en France.

Afin de contourner ce problème, la cohorte prospective s'appuie sur la participation des centres de traitement dispensant des soins spécialisés aux toxicomanes, généralisés avec le

développement d'une politique de réduction des risques. Ce choix présente plusieurs avantages de taille : panel élargi et diversité accrue de la population usagère perçue ; personnel spécialement formé et expérimenté aux réalités du terrain ; réseau constitué et familier aux demandes d'information. Il a fallu ensuite constituer une source d'information renseignant les activités de ces centres. Un tel dispositif existe en France : il s'agit du Recueil commun des addictions et prises en charge, mené depuis 2005 par l'OFDT dans le cadre du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays de l'Union européenne se sont engagés à respecter (Palle et al. 2007a). Il recense l'ensemble des individus en traitement pour une addiction dans les CSST et les CCAA, réunis depuis 2007 sous l'appellation Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, dans le cadre du plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et prévention des addictions). Enfin, les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, regroupant les structures bas-seuil) sont en contact permanent avec les usagers actifs, en particulier les plus précaires qui échappent aux centres de soin. La prise en charge du financement de leurs activités par la Sécurité sociale, engagée en 2005, s'est accompagnée d'une obligation de passation d'enquête, l'ENa-CAARUD, dont le premier exercice a été réalisé en 2006 sous la responsabilité de l'OFDT (Toufik, A. et al. 2008a). Le questionnaire rempli est une version modifiée du questionnaire RECAP (application du protocole IDT en France), aussi appliqué dans le cadre de l'enquête biannuelle des CAARUD. Outre les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau scolaire, profession, origines des revenus), le questionnaire renseigne sur les usages de substances (types, fréquence, modalités) et l'état général de santé des usagers¹²³.

Le critère d'inclusion se définit comme tout individu étant en contact avec un CAARUD ou ayant engagé un traitement dans un CSAPA pour usage d'une ou plusieurs substances illicites (à l'exclusion du cannabis comme seule substance problématique), ou d'un traitement de substitution aux opiacés hors cadre médical. Ces individus peuvent être mineurs comme majeurs, quelle que soit la ou les substances en cause, la modalité de prise en charge (volontaire, spontanée, demande d'un tiers) ou le nombre de traitements antérieurs éventuels. Pour des raisons d'identification aux registres concernés, les individus devront avoir la nationalité française ou être bénéficiaire d'une prestation de la Sécurité sociale.

La participation des différents centres est basée sur le volontariat, certains centres refusant la levée de l'anonymat imposée pour assurer le suivi du statut vital des usagers. Alors que la cohorte rétrospective précédemment décrite s'appuyait sur les données de la police, qui recueille obligatoirement des informations nominatives, les noms, prénoms, dates et lieu de naissance doivent être fournis par les individus acceptant d'être inclus dans cette cohorte prospective. Ce sujet demeure particulièrement sensible au sein de la communauté des intervenants dans le champ des addictions, et requiert leur adhésion au projet afin de bien informer les usagers. A ce jour, 97 centres ont officiellement accepté de participer à l'étude.

La première vague de sélection s'est étendue durant le premier semestre 2010, permettant l'inclusion de 1 300 individus environ. Ce nombre est à remettre en perspective avec la demande expresse d'information nominative. Au moins une autre vague d'inclusion est prévue pour 2011.

¹²³ Pour plus de détails méthodologiques et consulter le questionnaire, consulter l'URL : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/cohorte2009.html>

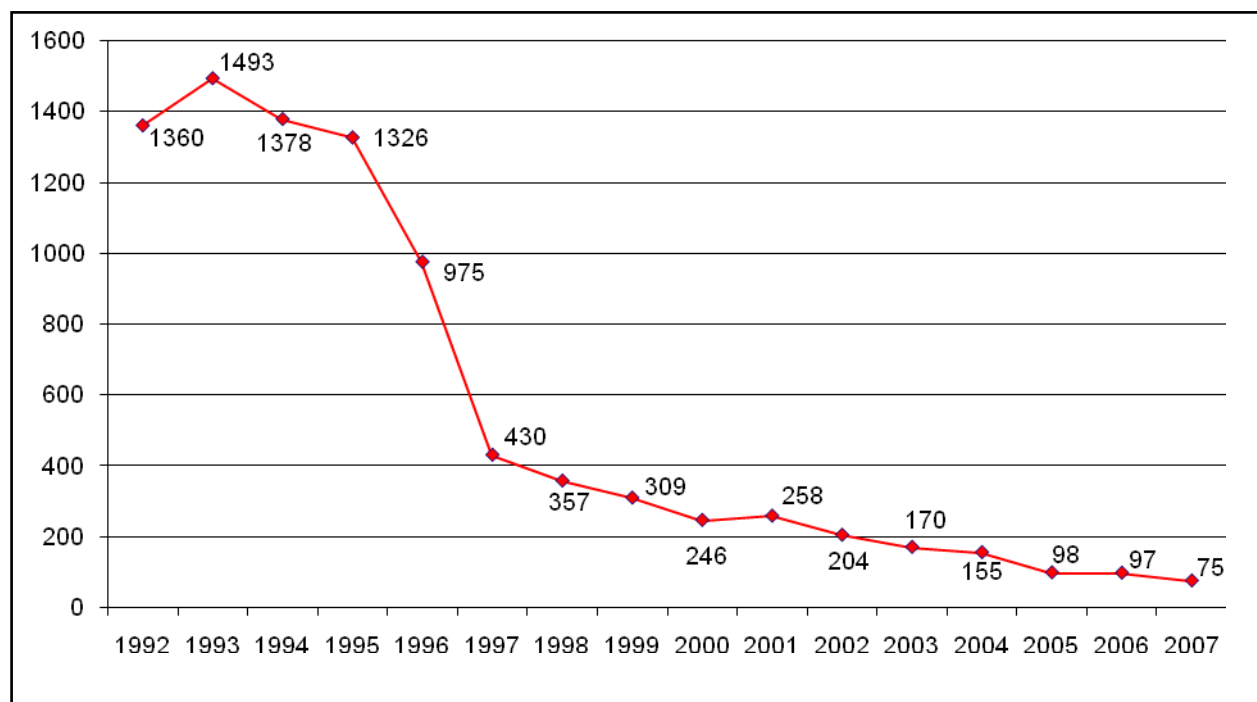
12.3. Sources complémentaires d'information sur la mortalité liée à l'usage de drogues.

Les décès par pathologies (HIV et hépatites).

Il n'existe pas en France de systèmes de surveillance ou d'information spécifique se rapportant aux décès des usagers de drogues en lien avec des maladies infectieuses (sida ou hépatite C). Il existe toutefois un système de surveillance national du VIH/sida coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS, voir annexe 6-T), qui repose en particulier sur la notification obligatoire des cas de sida d'une part (par tous les cliniciens depuis 1986) et des cas d'infection à VIH d'autre part (rendue obligatoire depuis 2003).

Ces notifications ont pour objectif de décrire la population des personnes séropositives ou malades du sida afin de pouvoir suivre la dynamique de l'infection pour mieux adapter les actions de prévention. Ce système permet ainsi d'obtenir des informations en fonction du mode de contamination des sujets. Il est en particulier possible d'obtenir annuellement le nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Graphique 12-1).

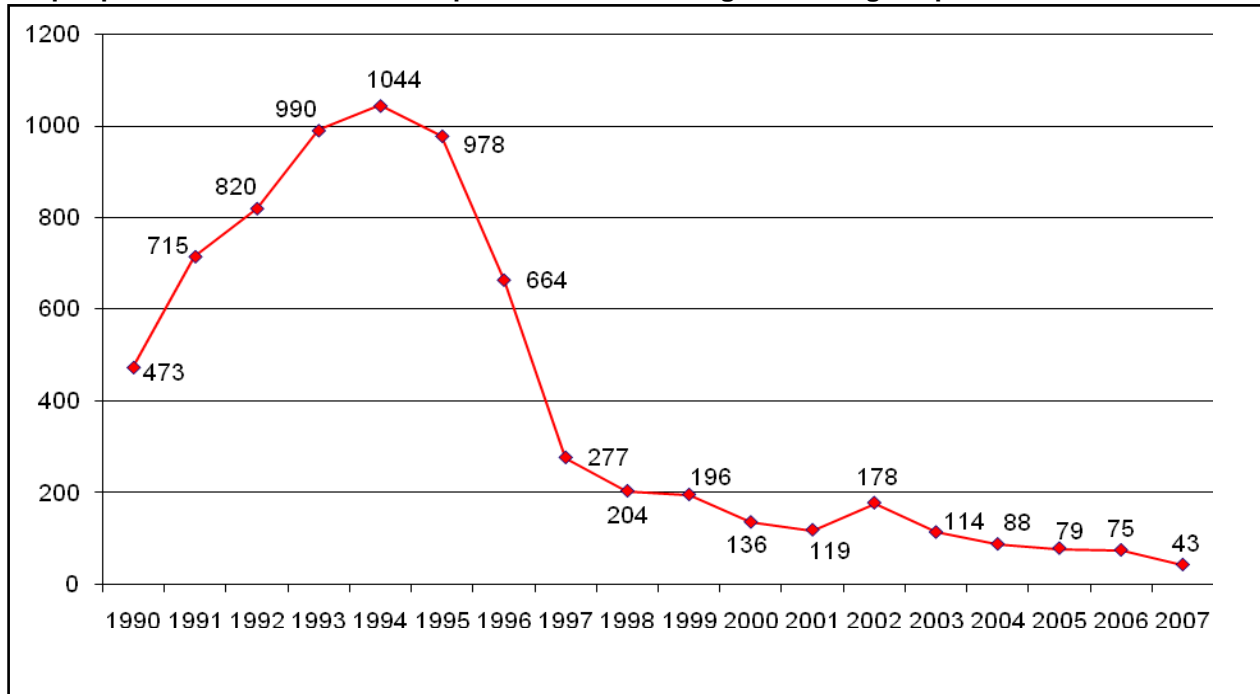
Graphique 12-1 : Nombre de nouveaux cas de sida déclarés chez les usagers de drogues par voie injectable.



Source : InVS.

Les décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse sont présentés dans le graphique 12-2. Une tendance à la baisse de ces décès liée à une contamination intraveineuse avait été initiée au milieu des années 1990, puis s'était poursuivie à un rythme plus lent depuis 1999. En 2007, un peu moins de 50 décès par sida ont été recensés. Les décès parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse représentaient toutefois en 2007 20 % de l'ensemble des décès par sida.

Graphique 12-2 : Nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse



Source : InVS.

Le registre général de mortalité sous la responsabilité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), de l'Inserm, est une base nationale des causes médicales de décès constitués annuellement à partir des informations fournies par les certificats médicaux de décès rédigés par les médecins. Ces informations sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM) dont les règles permettent la sélection de la cause initiale de décès à partir de laquelle les statistiques des causes de décès sont émises annuellement. Les hépatites C peuvent ainsi être retrouvées au travers de 3 catégories distinctes (*B17.1 : hépatite aiguë C, B18.2 : hépatite virale chronique C, B19 : hépatite virale sans précision*). Les cas de VIH ou de sida se retrouvent au travers des catégories *B20 à B24*, en fonction des maladies infectieuses, tumeurs malignes ou d'autres infections dont le VIH peut être responsable. Si ce système d'information peut donner une estimation globale des décès annuels par VIH ou sida, il n'est toutefois pas en mesure de préciser la part au sein de ceux-ci des décès en lien avec une contamination intraveineuse. En effet, la mention d'un usage de substance n'est pas automatique ni obligatoire et relève de la seule décision du médecin en charge de remplir le constat de décès.

12.4. Perspectives de santé publique

Trois sources d'information sur les décès liés aux usages de drogues existent en France : la base de données sur les causes médicales de décès tenue par le registre général de mortalité (CépiDC) ; le fichier de l'OCRTIS ; le fichier Décès en relation aux abus de médicaments et de substances (DRAMES) de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Leurs données sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 12-2 : Décès par surdoses en France selon trois sources.

Année	OCRTIS	CépiDc		DRAMES
		(sélection B)		
		Ensemble	15-64 ans	
2000	120	248	225	101
2001	107	274	243	Nd
2002	97	244	225	74
2003	89	233	212	64
2004	69	268	239	86
2005	57	303	264	68
2006	nd	305	275	168
2007	93	333	287	192
2008	nd	374	322	217

Nd : non disponible. Sources : OCRTIS, DRAMES, CépiDc, divers rapports.

Les données DRAMES ne permettent pas d'établir de tendance claire, l'augmentation des surdoses constatée en 2006 s'expliquant par le nombre croissant d'instituts médico-légaux et de laboratoires participant au recueil. Ce nombre est demeuré presque stable depuis cette date, ce qui permet de conclure à une tendance à l'augmentation du nombre de décès par surdoses entre 2006 et 2008.

Le profil des personnes décédées par surdose est établi à partir des données du CépiDc, en appliquant la sélection B. La population est restreinte aux 15-64 ans. Les surdoses mortelles sont une caractéristique masculine, avec un *sex-ratio* de l'ordre de 5 (ce ratio est de l'ordre de 4 pour les usagers en traitement). La part des femmes s'est réduite au cours de ces huit années. L'âge moyen au décès est plus élevé chez les femmes (36,8 ans) que les hommes (33,4 ans). Les différences entre sexe s'illustrent dans les types de substances ayant provoqué les décès : chez les hommes, les deux tiers des décès ont pour origine des troubles du comportement liés à la consommation de plusieurs drogues. Chez les femmes, la part de ces décès ne représente que la moitié du total, la part des surdoses accidentelles ou des suicides étant plus importante. Un peu plus de la moitié (52 %) des usagers étaient inactifs au moment de leur décès, 43 % avaient un emploi, la situation des 5 % restant étant inconnue. Les décédés sont d'origine socio-économique modeste : parmi les décédés dont l'emploi était connu, plus de la moitié étaient ouvriers (53 %), et plus du tiers étaient employés ou de professions intermédiaires (36 %). Viennent ensuite les professions libérales et supérieures (6 %), les artisans et commerçants (5 %) et les agriculteurs (1 %).

12.4.1. Principales causes de décès.

La plupart des surdoses par troubles du comportement recensées par le registre de mortalité est classée sous la rubrique de polyconsommation. Cette part est le reflet à la fois d'un mode de consommation majoritaire chez les usagers de drogues, mais témoigne également de la difficulté à renseigner avec précision les produits à partir des certificats de décès.

La base DRAMES fournit l'information précieuse sur les substances utilisées, dans la mesure où elle repose entièrement sur les résultats d'analyses toxicologiques. En 2008 (voir Tableau 12-3), les substances illicites sont en cause, en tant que produit principal, dans un peu plus de la moitié des cas (52 %), les traitements de substitution dans près de 39 % des cas et les médicaments opiacés (hors substitution) dans près de 9 % des cas. Globalement, les opiacés

sont principalement en cause dans 84 % des cas et la cocaïne, seule ou associée à d'autres produits, dans environ 14 %. Entre 2006 et 2008, l'accroissement du nombre de surdose s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de décès par surdose d'héroïne (+20 cas) et de méthadone (+32 cas).

Tableau 12-3 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2007-2008, données DRAMES.

	2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%
Héroïne seule ou associée à d'autres produits	59	35,1	69	35,9	79	36,4
Cocaïne seule ou associée à d'autres produits	31	18,5	39	20,3	30	13,8
Autres substances illicites, seule ou associée	5	3,0	2	1,0	4	1,8
Méthadone seule ou associée à d'autres produits	31	18,5	61	31,8	63	29,0
Buprénorphine seule ou associée à d'autres produits	20	11,9	11	5,7	21	9,7
Autres médicaments opiacés, seuls ou associés	18	10,7	10	5,2	19	8,8
Autres	4	2,4	0	0,0	1	0,5
Total	168	100,0	192	100,0	217	100,0
Nombre de services participants		16		18		19

Source : AFSSAPS. Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

12.4.2. Principaux risques.

L'augmentation du nombre de décès par surdoses dans la seconde moitié des années 2000 peut s'expliquer par l'apparition de nouveaux usagers, jeunes, liés à la sphère festive, plus irréguliers dans leur fréquence de consommation et peu connus des centres de soins. Moins sensibilisés aux messages de réduction des risques, leur peu d'expérience à laquelle s'ajoutent leur méconnaissance des substances et de leurs modes de consommation se traduiraient par des conduites plus risquées.

L'usage croissant de la cocaïne et autres stimulants depuis le début des années 2000 ainsi que la disponibilité accrue de l'héroïne, dont les prix au détail ont baissé et qui bénéficie auprès des usagers d'une perception moins négative qu'il y a une dizaine d'années, sont d'autres explications complémentaires. Les pratiques de l'injection intraveineuse ont évolué sous l'effet de la politique de réduction des risques. Cependant, elle demeure un mode d'usage croissant chez les usagers de cocaïne, d'ecstasy et d'amphétamines. A noter l'apparition de l'injection de GHB en intramusculaire (Cadet-Taïrou et al. 2010a).

De nombreux professionnels font état de l'émergence d'un nouveau rapport entre politique de réduction des risques et politique répressive au cours des dernières années (Cadet-Taïrou et al. 2010a). Le renforcement des contrôles et les incarcérations croissantes sont à mettre en parallèle avec l'apparition de nouveaux usages, plus risqués et précipités. Certaines structures font aussi état de la difficulté de maintenir un contact avec une certaine frange d'usagers, en particuliers les plus précaires.

12.4.3. Interventions prioritaires.

La réduction du nombre de surdoses mortelles en France demeure l'une des priorités des différents plans de lutte contre les addictions. Le dernier plan triennal 2008-2011 de la MILDT y

fait encore explicitement référence¹²⁴ mais sans en spécifier de stratégie spécifique : la réduction de la mortalité liée aux usages est une conséquence de la réduction de ces mêmes usages.

Les actions de terrain visant à réduire la mortalité liée aux usages de drogues sont menées par les associations de réduction des risques, souvent subventionnées par des fonds publics mais en pratique sans coordination de l'Etat. Les actions de ces structures ne sont pas coordonnées ni synchronisées. Il n'existe pas non plus de guide de bonnes pratiques.

12.5. Conclusion

La réduction de la mortalité des usagers de stupéfiants ou de médicaments hors protocole médical demeure un objectif sanitaire et politique régulièrement remis à jour mais sans mesures ciblées spécifiques. La réduction de la mortalité passe par une réduction des usages.

Trois recensements renseignent les surdoses mortelles en France ; deux autres bases décomptent les décès d'usagers par sida et hépatites. La sous-estimation du nombre de surdoses mortelles demeure un problème chronique, même si les estimations corrigées demeurent en-deçà des niveaux atteints par des pays voisins (Royaume-Uni, Allemagne). Malgré ces défaillances, les trois sources confirment la hausse du nombre de surdoses mortelles en France depuis le milieu des années 2000. Offre accrue des stimulants, cocaïne et ecstasy en particulier, persistance de l'injection comme mode d'usage, prix en baisse de l'héroïne et l'apparition de nouveaux types usagers moins sensibilisés aux messages de la réduction des risques sont quelques unes des explications avancées.

Une première étude de cohorte rétrospective regroupant des individus interpellés pour usage de certains stupéfiants a permis de quantifier la surmortalité caractéristique des usagers. Une seconde enquête, prospective cette fois-ci est basée sur les usagers en traitement ou dans les structures de réduction des risques. Les surdoses non-mortelles font l'objet d'une attention accrue (Fairbairn et al. 2008), même si peu de données sont à ce jour disponibles en France (Cadet-Taïrou et al. 2010a). Ce thème inclus fait l'objet d'une analyse spécifique dans l'enquête de cohorte en cours.

¹²⁴ <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>

Partie C. Bibliographie

1. Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

Afssaps-CEIP (2009) OPPIDUM, RESULTATS DE L'ENQUETE 21

AGREE Collaborative Group (2000). Guideline development in Europe. An international comparison. Int J Technol Assess Health Care 16 (4) 1039-1049.

ANAES (1999). Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANAES, Paris.

ANAES (2000). Mise en oeuvre des recommandations. ANAES, Paris.

ANAES (2004a). Conférence de consensus. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Recommandations pour la pratique clinique ANAES, La Plaine-St Denis.

ANAES (2004b). Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.

Angel, P., Richard, D., Valleur, M. and Chagnard, E. (2005). Toxicomanies. Masson, Paris.

ARENES, J., GUILBERT, P. and BAUDIER, F. (2000). Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999. CFES, Vanves.

Auge-Caumon, M.J., Morel, A., Lowenstein, W. and Bloch-Laine, J.F. (2002). L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Ministère délégué à la Santé, Paris.

BARRE, M.C., POTTIER, M.L. and DELAITRE, S. (2001). Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. OFDT, Paris.

BECK, F. and CYTRYNOWICZ, J. (2006a). Usages de drogues illicites. In: GUILBERT, P. & GAUTIER, A. (Eds.) Baromètre santé 2005. Premiers résultats. INPES, Saint-Denis.

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) 6 p.

BELLO, P.-Y., Cadet-Taïrou, A., Halfen, S., (2010). L'état de santé des usagers problématiques" Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT

BELLO, P.-Y., TOUFIK, A., GANDILHON, M. and EVRARD, I. (2005). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. OFDT, St Denis.

BELLO, P.Y. (1998). Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie : rapport final. OFDT, Paris.

Bello, P.Y., Toufik, A., Gandilhon, M. and Giraudon, I. (2004). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint Denis.

BEN LAKHDAR, C. (2007). Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. OFDT, St Denis.

Bergeron, H. (1999). L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Presses Universitaires de France Paris.

Boekhout van Solinge, T. (1996). L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique. CEDRO, Amsterdam.

Brouard, C., et al., (2009). Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des système de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 200-2007. Surveillance et traitement des hépatites B et C en France : bilan et perspectives). BEH (20-21) 199-204.

Brownson, R.C., Baker, E.A., Leet, T.L. and Gillespie, K.N. (2003). Evidence-based public health. Oxford University Press, New York.

Cabana, M.D., Rand, C.S. and Powe, N.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 282 1458-1461.

CADET-TAIROU, A. and CHOLLEY, D. (2004). Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français. OFDT, St Denis.

Cadet-Taïrou, A., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010, à paraître). Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD. OFDT, Saint-Denis.

CADET-TAÏROU, A., GANDHILHON, M., TOUFIK, A. and EVRARD, I. (2008a). Huitième rapport national du dispositif TREND. Tendances (58) 1-4.

CADET-TAIROU, A., GANDILHON, M., LAHAIE, E., CHALUMEAU, M., COQUELIN, A. and TOUFIK, A. (2010). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, St Denis.

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010a). Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint Denis.

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010b). Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint Denis.

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. and Evrard, I. (2008b). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.

CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al, (2010). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. OFDT, St Denis, .

CADET-TAIROU A. and GANDILHON M. (2009). Usages de GHB et GBL, données issues du dispositif TREND, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxaccp5.pdf> [online]. Available: [accessed].

CADET-TAIROU A., REYNAUD-MAURUPT C., COSTES J.M. and PALLE C. (2010) Quantitative surveys in hard-to-reach populations : the experience of the "observatoire français des drogues et des toxicomanies", Methodological innovations on line, à paraître.

CANARELLI, T. and COQUELIN, A. (2009). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007. Tendances (65) 1-6.

CHALUMEAU, M. (2010). LES CAARUD EN 2008, ANALYSE NATIONALE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ ASA-CAARUD. OFDT, St. 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.

Coppel, A. (1998). Strategy for change: the French situation. International Journal of Drug Policy 9 293-296.

Coppel, A. (2004). Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France, et comment notre pays se situe-t-il aujourd'hui dans ce domaine par rapport aux pays comparables ? (Question 1). Alcoologie et Addictologie 26 (4 Suppl. (Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution)) 17S-26S.

COSTES, J.-M. (1995). "une estimation de prévalence". Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1995. OFDT, Paris.

COSTES, J.-M., VAISSADE, L., COLASANTE, E., PALLE, C., LEGLEYE, S., JANSSEN, E., *et al.* (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. OFDT, St Denis.

Costes, J. (2010). Résultats de l'enquête EROPP 2008 (à paraître). Tendances.

Davis, D.A. and Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. Canadian Medical Association Journal 157 (4) 408-416.

Derks, J., Von Kalmthout, A. and Albrecht, H.J. (1999). Current and future drug policy studies in Europe. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg.

DESCO-MILDT (2006). Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire.

Deugnier, D. and Emmanuelli, J. (2010). Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 : les grandes lignes du plan de lutte contre les drogues et bilan à mi-parcours. ADSP.

DGLDT (1995). Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie. La lettre DGLDT (n°9.).

DREES (2005). Enquête sur la santé des entrants.

DUPLESSY-GARSON C. (2007). Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. Association Safe.

Durand-Zaleski, I., Bonnet, F., Rochant, H., Bierling, P. and Lemaire, F. (1992). Usefulness of consensus conference. The Lancet 340 1388-1390.

El Karouaoui Amal (2010). Mapping for populations most at risk to HIV/AIDS, Sabha, Project to support the Development and Implementation of the National HIV:AIDS Strategy in Libya. Liverpool School of Tropical Medicine.

Escots, S. and Fahet, G. (2004). Usages non substitutifs de la HDB haut dosage. Investigation menée en France en 2001-2003. OFDT, Saint-Denis.

Fairbairn, N., Wood, E., Stoltza, J.-A., Lia, K., Montaner, J. and Kerr, T. (2008). Crystal methamphetamine use associated with non-fatal overdose among a cohort of injection drug users in Vancouver. Public Health 122 (1) 70-78.

FAUGERON, C. and KOKOREFF, M. (2002). Société avec drogues : enjeux et limites. Erès, Ramonville.

Field, M.J. and Lohr, K.N. (1992). A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. Guidelines for clinical practice. From development to use. National Academy Press, Washington D.C.

Fournier, S. and S. Escots (2010). Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais Saint-Denis.

GANDILHON M. and HOAREAU E. (2010). Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT

GAUTIER, A., et al., (2005). Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. INPES, Saint-Denis.

GIRARD G and BOSCHER G (2010). L'ecstasy, de l'engouement à la 'ringardisation' Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT

Gremy, I. and Rubino, C. (1997). Tendances de la mortalité chez les toxicomanes : étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes. ORS Ile de France, Paris.

Grimshaw, J.M., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., *et al.* (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 8 (6) iii-72.

Grol, R. (1997). Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 315 (7105) 418-421.

Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., Veld, C., Rutten, G. and Mokkink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 317 (7162) 858-861.

Grol, R. and Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet 362 1225-1230.

Grünfeld, J.P. (2009). Rapport au Président de la République, Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 du 14 février 2009, <http://www.e-cancer.fr>

Hartnoll, R. (2004). Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice. Council of Europe Publishing, Strasbourg.

HAS (2007). Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition.

HAS (2010). Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne.

HCSP (2010). Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, propositions, Collection Avis et rapports, avril 2010. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000219/0000.pdf>.

Helou, A., Lorenz, W., Ollenschläger, G., Reinauer, H. and Schwartz, F.W. (2000). Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Konsens zwischen Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 94 (5) 330-339.

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

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

INPES (2010). Dangers des drogues : impact de campagne. Equilibres (57, Février) 3.

Institut National de Police Scientifique (2010). Statistiques 2009.

Institute of Medicine (2005). Improving the quality of health care for mental and substance abuse conditions. National Academy Press, Washington.

Janssen, E. (2009). Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 57 (2) 126-129.

Janssen, E. (2010). Estimating the levels of acute drug-related deaths in France, 2001–2002: A simple technique to measure bias in overdoses recording. Journal of Substance Use 15 (2) 105-112.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., COUTURIER, E., LE STRAT, Y., BARIN, F., EMMANUELLI, J., SEMAILLE, C., *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 - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (33) 244-247.

Jauffret-Roustide, M., *et al.*, (2009). A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious diseases 9 (113).

JOUBERT M. *et al* (1995). Trafics de drogues et Modes de vie, ENSP, (<http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/ShowA.bs?bqRef=117880>). (N°4 p:1-29).

KOPP, P. and FENOGLIO, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris.

KOPP, P. and 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.

LAHAIE E, CADET-TAIROU A and JANSSEN, E. (2010). Composition de l'héroïne et connaissance des usagers <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxelq2.pdf>. OFDT, Saint-Denis.

Lahaie E., C.-T.A. (2009) The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National, Alert Unit in France, . In: POSTER (Ed.) *EMCDDA Conference: Identifying Europe Information needs for Effective Drug policy*. Lisbon.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2009). Rapport d'activité 2008. Paris.

Lecomte, D., Hatton, F., Michel, L. and Le Toullec, A. (1994). Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 35 159-161.

Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., Adda, C., Peyret, E., Nordmann, F., *et al.* (2001). Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments. Annales de Médecine Interne 152 (suppl. n°3) 1S5-1S12.

Lopez, D., Martineau, H. and Palle, C. (2004). Mortality of individuals arrested for heroin, cocaine or crack use. Tendances 36 1-8.

Maguet, O. and Calderon C. (2010). Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Drogues et Société.

Marzo JN, Rotily M, Meroueh F, Varastet M, Hunault C, Obradovic I, *et al.* (2009). Maintenance therapy and 3-year outcomes of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-2006) Addiction 104 1233-1240.

MERLE S and VALLART M (2010). Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT

MILDT (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La Documentation française, Paris.

Ministère de l'Intérieur (sous-direction de la statistique, d.é.e.d.l.d. (2006). Bilan du comportement des usagers de la route, année.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2006). La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris.

Mouquet et al (1999). La santé des entrants en prison: un cumul de factures de risque. DRESS Etudes et Résultats 4 (10).

Mouquet et al (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats.

OBRADOVIC, I. (2008). Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007), OFDT. Tendances (63) 4 p.

OBRADOVIC, I. (2009). Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (30) 332-336.

OBRADOVIC, I. and CANARELLI, T. (2008a). Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. OFDT, St Denis.

OBRADOVIC, I. and CANARELLI, T. (2008b). Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Tendances (60) 1-4.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (1999). Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1999. OFDT, Paris.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (2002). Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002. OFDT, Paris.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (2009). Drogues, chiffres clés. OFDT, St Denis.

Observatoire International des Prisons (2005). Rapport annuel. Les conditions de détention en France. Paris.

OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants) (2009). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire.

OFDT (2009) Système d'observation RECAP (recueil de données continu sur les personnes en traitement pour usage problématique de drogues).

PADIEU, R. (1995). L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies. Documentation française, Paris.

Palle, C. and Vaissade, L. (2007a). Premiers résultats de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances 54 (Juin) 1-6.

PALLE, C. and VAISSADE, L. (2007b). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances (54) 1-6.

PARQUET, P.J. (1997). Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. CFES, Vanves.

Rahis, A.C., Cadet-Taïrou, A. and Delile, J.M. (2010). Les nouveaux visages de la marginalité, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, . In: OFDT (Ed.) Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT, Saint-Denis.

REYNAUD-MAURUPT, C. (2006). Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. OFDT, St Denis.

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.

Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. . . ORS PACA. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice, Paris.

Rotily, M. ((2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. . . ORS PACA. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice, Paris.

SANSFACON, D., BARBECHAT, O., LOPEZ, D. and VALADE, C. (2005). Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale. OFDT, St Denis.

SIGN (2008). SIGN 50: A guideline developer's handbook. NHS, Edinburgh

Stankoff, S. and Dherot, J. (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. . Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris.

Sudérie, G., M. Monzel and E. Hoareau (2010). Evolution de la scène techno et des usages en son sein. In: OFDT (Ed.) Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT, Saint-Denis.

Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Gandilhon, M. (2008a). Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Tendances 61 (Mai) 1-4.

Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Gandilhon, M. (2008b). Première enquête nationale sur les usagers des caarud. Profil et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête Ena-Caarud. Tendances 61 4.

TOUFIK, A., ESCOTS, S. and A., C.-T. (2010). La transformation des usages de drogues liées à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. OFDT

TOUFIK, A., Legleye, S. and Gandilhon, M. (2007). Approvisionnement et prix In: COSTES, J.-M. (Ed.) Cannabis, données essentielles. OFDT, St Denis.

Vaissade, L. and Legleye, S. (2009). Capture-recapture estimates of the local prevalence of problem drug use in six French cities. European Journal of Public Health 19 (1) 32-37.

WHO (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Genève.

WHO and UNODC (2008). Principles of drug dependence treatment. Discussion paper. UNODC, WHO, Vienna.

Zurhold, H. and Dukwitz, P. (2009). Scientific review of national drug treatment guidelines. Centre for interdisciplinary addiction research, Hamburg.

2. Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet

BDSP. Banque de données en santé publique:
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>. 08/10/2010

IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons). Base de données bibliographiques:
<http://doc.ireb.com/> 29/10/2010.

OFDT. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2005:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>. 08/10/2010.

OFDT. ILIAD - Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>. 08/10/2010.

OFDT. Répertoire des sources statistiques:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>. 08/10/2010.

OFDT. Séries statistiques:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>. 08/10/2010.

OFDT. SIMCCA. Système d'information mensuel sur les consultations cannabis:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/simcca.html>. 08/10/2010.

3. Liste alphabétique des adresses Internet utiles

AFR (Association française pour la réduction des risques) :

<http://a-f-r.org>

AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) :

<http://www.afssaps.fr>

ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) :

<http://www.anitea.fr>

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) :

<http://www.anpaa.asso.fr>

ASUD (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues) :

<http://www.asud.org>

CRIPS (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) :

<http://www.lecrips.net>

F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie) :

<http://www.alcoologie.org>

FNORS (Les Observatoires régionaux de la santé et leur fédération) :

<http://www.fnors.org/index.html>

Hôpital Marmottan :

<http://www.hopital-marmottan.fr>

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

<http://www.inpes.sante.fr>

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) :

<http://www.drogues.gouv.fr>

OFDT :

<http://www.ofdt.fr>

SFA (Société française d'alcoologie) :

<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Annexes

I - Liste des tableaux

Tableau 1-1 : Crédits affectés au financement du dispositif médico-social d'addictologie pour l'année 2009 (loi de financement de l'assurance maladie).....	27
Tableau 2-1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans.....	30
Tableau 2-2 : Expérimentation et consommation dans l'année de produits psychoactifs, 15-64 ans en France en 2005 (%).	31
Tableau 2-3 : Niveaux d'usages au cours des 12 derniers mois de produits illicites ou détournés à l'âge de 15 ans (%).	33
Tableau 2-4: Usage du tabac, de l'alcool et du cannabis à l'âge de 16 ans en 2007 (% et sex ratio).....	33
Tableau 2-5 : Evolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2005 et 2008 à 17 ans (% et sex ratio)	34
Tableau 4-1 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues (UPD) dans 6 villes françaises et taux de prévalence pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, 2005-2006.	48
Tableau 4-2 : Estimations nationales selon le protocole OEDT	49
Tableau 4-3 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et nombre d'usagers dans l'année de cocaïne et d'héroïne, 2005	49
Tableau 4-4 : Estimations du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2006	53
Tableau 4-5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008.....	56
Tableau 4-6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008	57
Tableau 5-1 : Nombre moyen de patients suivant un traitement de sevrage par CSST ambulatoire 1998-2007.....	66
Tableau 5-2 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2009.....	72
Tableau 5-3 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2009.....	72
Tableau 5-4 : Répartition des patients par statut de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2009.....	73
Tableau 5-5 : Répartition des patients par situation professionnelle (en %), en 2009.	73
Tableau 5-6 : Répartition (en %) en fonction de la première drogue consommée, 2009.	74
Tableau 5-7 : Age moyen des patients, évolution entre 2005 et 2009.....	75
Tableau 5-8 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), évolution entre 2005 et 2009.75	
Tableau 5-9 : Pourcentage des patients ayant recours aux injections par produit primaire, évolution entre 2005 et 2009	76

Tableau 6-1 : Découvertes de séropositivité VIH en 2003-2009 par mode de contamination (France, données au 30/12/09).	79
Tableau 6-2 : Nouveaux cas de sida chez les UDVI, 1999-2009.	79
Tableau 6-3 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.	80
Tableau 6-4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge.	80
Tableau 6-5 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006.....	83
Tableau 6-6 : Décès par surdoses en France selon trois sources	85
Tableau 6-7 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2006-2008, données DRAMES	86
Tableau 7-1 : Evolution de l'implication des pharmacies de ville dans la RDR entre 1999 et 2003	93
Tableau 7-2 : Evolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2003.....	94
Tableau 7-3 : Activités de prévention en milieu festif	97
Tableau 7-4 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les Carus et les automates en 2008.....	98
Tableau 7-5 : Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, ENa-CAARUD 2008	100
Tableau 8-1 : Précarité sociale des personnes prise en charge par les centres spécialisés en 2009	105
Tableau 8-2 : Nombre d'actes réalisés pour l'accès aux droits en 2008 par les CAARUD	108
Tableau 9-1 : Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2009.....	119
Tableau 9-2 : Evolution du nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (par substance), 2005-2009	120
Tableau 10-1 : Quantités de drogues saisies (en kg), 2006-2009 et évolution 2008-2009 (en %)	139
Tableau 11-1 : efficacité des modes de communication pour la mise en œuvre effective d'une politique.....	150
Tableau 12-1 : RSM par cause de décès et par sexe, cohorte d'interpelés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack (1992-1999).	170
Tableau 12-2 : Décès par surdoses en France selon trois sources.....	174
Tableau 12-3 : Substances principalement en cause dans les décès par surdoses en 2007-2008, données DRAMES.	175

II - Liste des graphiques et figures

Graphique 2-1 : Evolutions entre 1999 et 2008 de la perception de la dangerosité des drogues : « Pourcentage de personnes jugeant que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation »	32
Graphique 4-1 : Estimations étroites du nombre des usagers problématiques de drogues, synthèse.....	53
Graphique 4-2 : Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND.....	57
Graphique 5-1 : Evolution annuelle du prix du comprimé de 8 mg de BHD sur le marché parallèle entre 2000 et 2008.....	69
Graphique 6-1 : Evolution de la prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UD en France.....	82
Graphique 7-1: Nombre de seringues distribuées via les automates par type d'opérateur en 2007 (d'après l'enquête SAFE, 2007 et ASA-CAARUD/OFDT, 2007)	94
Graphique 7-2 : Evolution du nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie aux usagers de drogues.....	98
Graphique 7-3 : Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC	99
Graphique 9-1 : Infractions à la législation sur les stupéfiants (1971 – 2009)	118
Graphique 9-2 : Condamnations prononcées pour ILS, en France (1998-2008).....	121
Graphique 9-3 : Condamnations prononcées pour ILS en 2008	122
Graphique 9-4 : Répartition des alternatives aux poursuites prononcées contre les usagers, 2001-2008.....	125
Graphique 9-5 : répartition des alternatives à l'emprisonnement prononcées contre les contrevenants à la loi sur les stupéfiants, 1996-2008	126
Graphique 11-1 : Comparaison des processus de définition des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie	151
Graphique 11-2 : Comparaison des processus de mise en œuvre des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie	152
Graphique 11-3 : Facteurs déterminants du développement et de la mise en œuvre des recommandations relatives au traitement des toxicomanies en France.....	154
Graphique 12-1 : Nombre de nouveaux cas de sida déclarés chez les usagers de drogues par voie injectable.....	172
Graphique 12-2 : Nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse	173

III - Liste des cartes

Carte 2-1 : Usage quotidien de tabac à 17 ans.....	35
Carte 2-2 : Usage régulier (≥ 10 fois au cours des 30 derniers jours) d'alcool à 17 ans.....	35
Carte 2-3 : Usage régulier (≥ 10 fois au cours des 30 derniers jours) de cannabis à 17 ans....	36
Carte 7-1: Présence des dispositifs spécialisés (CAARUD et CSAPA) dans les différents départements français.....	95

IV - Liste des références légales en français

Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1012703A).....	20
Arrêté du 12 juin 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (NOR :SASP0913395A).....	20
Arrêté du 2 juin 2010 du Premier ministre, portant approbation des modifications de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Observatoire français des drogues et des toxicomanies » (NOR : PRMX1013875A).....	21
Arrêté du 21 septembre 2009 relatif à la rémunération des médecins relais (NOR : SASP0906176A).....	20
Arrêté du 24 février 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP0904649A).....	20
Arrêté du 25 janvier 2010 portant classement sur les listes des substances vénéneuses (NOR : SASP1002251A).....	20
Arrêté du 25 janvier 2010 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de fentanyl (NOR : SASP1002259A).....	20
Arrêté du 3 août 2009 du ministère de la santé et des sports, portant approbation de la reconduction de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Centre interministériel de formation antidrogues » (NOR : SASC0917762A).....	21
Arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants (NOR : SASP1014839A).....	20
Arrêté du 9 novembre 2009 du ministère de la santé et des sports approuvant la création du groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service » (NOR : SASP0925133A).....	21
Article R3121-33-1 modifié par le décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006.	15
Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.....	16
Circulaire du ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales et du ministère de l'Education nationale relative à la sécurisation des établissements scolaires et au suivi de la délinquance du 8 juin 2009 (NOR :LOCK/0912892/J).	19
Circulaire interministérielle n°DGS/MC2/DGAS/DSS/MILDT/2009/372 du 14 décembre 2009 relative à la sélection de projets dans le cadre de l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction de risqué du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie.	28
Circulaire n° 2009-137 du 23-9-2009 du MEN - DGESCO B3-1, RLR : 552-4 (NOR : MENE0922207C).....	19

Circulaire n° 2010-25 du 15-2-2010 du MEN - DGESCO B3-1, RLR : 552-4 (NOR : MENE1003863C).....	20
Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR : SJSP0830130C.....	93
Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. NOR: SJSP0830130C.....	67
Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.....	29
Circulaire n°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. NOR : SJSH0830983C.....	67
Décret du 26 septembre 2007 et circulaire du 9 mai 2008.....	13
Décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant).....	102
Décret n° 2009-631 du 6 juin 2009 relatif à certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère de la santé et des sports (NOR : SASX0912394D).....	22
Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation, NOR: MENE0601554D.....	45
Décret n°2009-459 du 22 avril 2009 modifiant le décret no 2004-612 du 24 juin 2004 portant création d'un Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (NOR : DEFD0905527D).....	21
Décret n°2009-93 du 26 janvier 2009 portant publication de l'amendement à l'annexe de la convention contre le dopage, adopté le 13 novembre 2008 à Strasbourg, et à l'annexe 1 de la convention internationale contre le dopage dans le sport, adopté le 17 novembre 2008 à Paris (NOR : MAEJ0901116D).....	21
Décret no 2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi no 95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical, NOR : INTD0200114D.....	46
Loi de programmation de la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, NOR : SANX0300055L.....	42
Loi du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants.....	130
Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, décret no 2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi no 2007-297.et circulaire CRIM 08-11/G409.05.2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances du 9 mai 2008 (NOR JUS D0811637 C.....	42
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L.....	47
Loi n° n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).....	17

Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (NOR: JUSX0758488L) ; Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.....	135
Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, NOR: SANX0600056L. ..	46
Loi n°2009-1188 du 7 octobre 2009 autorisant la ratification de l'accord entre l'Irlande, le Royaume des Pays-Bas, le Royaume d'Espagne, la République Italienne, la République portugaise, la République française et le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord établissant un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants. (NOR : MAEJ0830839L).....	19
Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (NOR:JUSX0814219L).....	18
Loi n°2009-411 du 16 avril 2009 autorisant l'approbation de l'accord entre le gouvernement de la République française et l'Organisation internationale de police criminelle-Interpol relative au siège de l'organisation sur le territoire français (NOR: MAEJ0821535L).	19
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (NOR : SASX0822640L).....	24
Ordonnance n° 2010-379 du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage (NOR : SASV1001939R).	18
Ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 et loi n°74-631 du 5 juillet 1974 interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, loi n°91-32 du 10 janvier 1991 (dite Loi Evin) 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.....	43

V - Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANITeA	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche en santé
ASUD	Association d'autosupport 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-sociales précoces
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 antidrogues
CIM	Classification internationale des maladies
CIRDD	Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances
CJN	Casier judiciaire national
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivités d'outre mer (Polynésie française et Nouvelle Calédonie)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chefs de projets drogues et dépendances
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida

CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centres spécialisés de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DAPSA	Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions
DATIS	Drogues, alcool, tabac, info service (téléphonie sociale)
DDASS	Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche)
DGS	Direction générale de la santé (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DH	Direction hospitalière (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DLPAJ/CSR	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous direction de la circulation et de la sécurité routière (Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire)
DOM	Départements d'outre mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (AFSSAPS)
DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues (définition de l'OEDT) [Drug related deaths]
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé et de la protection sociale)
DSM	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM- OFDT-MJENR)
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des infractions à la législation sur les stupéfiants (OCRTIS)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FRAD	Formateurs relais antidrogues (Gradés de la gendarmerie nationale)
GECA	Groupe d'étude grossesse et addiction
GIP	Groupement d'intérêt public
IC	Intervalle de confiance
IDT	Indicateur de demande de traitement
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
IDT	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	Usager(s) de drogues par voie intraveineuse (ou injectable)
UPS	Unité de soins pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B

VI - Liste des sources

A - Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Enquête quinquennale téléphonique reposant sur un échantillon représentatif de la population vivant en France. Le premier exercice date de 1992. Elle porte sur les consommations de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illicites et sur de nombreux autres comportements ayant une influence sur la santé (consommation de soins, dépression, pratique des dépistages, geste vaccinal, activité sportive, comportements de violence, sexualité...).

Cette enquête est coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS).

B - CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) du ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

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

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

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

C - Enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (Coquelicot-2004)

Maître d'œuvre : Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti d'un auto prélèvement de sang capillaire sur buvard) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues, et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des prises de risques.

D - Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS)

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille.

Avec une méthode de recueil en continu, cette étude a été mise en place afin d'obtenir les données les plus exhaustives possibles sur les cas de décès survenant lors d'usage de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance.

Elle permet :

- l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes faisant un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non.
- le recueil de données quantitatives (dosages sanguins) sur les substances en cause.
- l'estimation plus précise du nombre des décès liés à la drogue en France en réduisant la sous notification de certains décès d'origine toxique, en particulier ceux survenant dans un cadre médico-légal et donc non déclarés aux autorités sanitaires pour raison de secret de l'instruction.

E - Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Université d'Edinburg pour le réseau HSBC et pour la France par le service médical de l'académie du rectorat de Toulouse. Enquête quantitative, auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine.

Elle vise à :

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales

F - Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (ENa-CAARUD)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Enquête quantitative biennale auprès des usagers accueillis/rencontrés par les Caarud.

Cette enquête a pour objectifs de :

- Disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues
- Adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté
- Suivre les tendances en matière de consommation et aider au repérage de phénomènes émergents

G - Enquête première ligne usagers de drogues (Prelud)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Cette enquête quantitative annuelle de 2000 à 2003, puis biennale ou triennale ensuite vise la connaissance et le suivi des usagers de produits psychoactifs, et de leurs pratiques.

Son champ d'observation est constitué par les usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes : structures de réduction des risques (boutiques, échanges de seringues...), structures dites « à bas seuil d'exigence », y compris structures de distribution de méthadone « bas seuil ». Il faut souligner que les personnes interrogées ne sont pas forcément représentatives des usagers fréquentant ces structures car la participation à l'enquête se fait sur la base du volontariat

H - Enquête sur la santé des entrants en prison

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (ministère de la Santé et des Solidarités)

L'enquête sur la santé des entrants en prison a été réalisée pour la première fois en 1997 dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle recueille, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé des entrants, et les pathologies constatées à l'entrée, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substance psychoactives déclarée concerne le tabagisme quotidien, la consommation excessive d'alcool (>5 verres par jour) et l'utilisation « prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération » de drogues illicites, parmi lesquelles figure le cannabis.

I - Enquête un mois donné sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, anciennement CESI, ministère de la Santé et des Solidarités)

Cette enquête a été créée à la fin des années 1980, avec pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées en toxicomanie (essentiellement les CSST), les établissements sanitaires (établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie et certains hôpitaux psychiatriques privés) et certains établissements sociaux intervenant au niveau de la prévention, l'orientation ou l'hébergement des usagers de drogues.

Cette enquête a été menée, toujours au cours du mois de novembre*, de 1989 à 1997, puis en novembre 1999 et 2003 (date du dernier exercice).

Tous les patients accueillis ce mois-ci sont interrogés : usagers de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Les doubles comptes entre les structures sont possibles mais limités par la période relativement courte d'observation.

J - EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête mesure les opinions et les perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Les enquêtés sont également interrogés sur leurs consommations.

La première enquête a été menée en 1999. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération) de personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatives de la population française métropolitaine.

Concernant le cannabis, les personnes sont interrogées sur leur perception du niveau de dangerosité du cannabis, le classement des produits les plus dangereux, la théorie de l'escalade (« consommer du cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux »), l'interdiction

de consommer du cannabis en France et les solutions alternatives à cette interdiction, la prescription de cannabis pour certains grands malades.

K – ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Direction du service national (DSN)

L'enquête ESCAPAD, conduite chaque année par l'OFDT en partenariat avec la Direction du service national (DSN), se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la JAPD), qui remplace le service national en France. Une fois par an, dans tout le pays, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites ou illicites qui aborde également leur santé et leur mode de vie.

Les adolescents interrogés sont majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, mais certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures.

L – ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, U472)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)/Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR)

Enquête en milieu scolaire centrée sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Reconduite tous les quatre ans à la même époque ESPAD permet de suivre les tendances de consommation en France et au niveau européen. Les élèves sont sélectionnés après stratification et tirage au sort des classes

M – FNAILS : Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAILS, sauf les infractions constatées par les services des douanes n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal.

Le FNAILS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international) et aux saisies. Le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'utilisateur ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » qui est retenue.

Depuis 2006, le FNAILS est géré par le biais d'une application informatique baptisée OSIRIS (Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants) qui intègre automatiquement les informations provenant des douanes et de la gendarmerie.

N - FND : Fichier national des détenus

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice

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

Une nouvelle version du FND est en cours d'application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l'origine de cette sanction, alors que seule l'infraction principale était retenue auparavant (voir CJN). Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l'usage, provocation à l'usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l'ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

O - Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)

Réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l'AFSSAPS).

OPPIDUM est une étude pharmaco-épidémiologique nationale transversale annuelle, réalisée chaque année au mois d'octobre. Elle est coordonnée par le réseau des CEIP, responsable du recrutement des structures prenant en charge des patients qui présentent un abus ou une pharmacodépendance ou sous traitement de substitution aux opiacés. Elle se déroule depuis 1990 en région PACA et depuis 1995 au niveau national. Elle a pour objectifs de :

- Surveiller la consommation des substances psychoactives par des sujets présentant une pharmacodépendance
- Décrire les caractéristiques des patients concernés
- Évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments.

P - Rapports d'activité des CSST : Exploitation des rapports d'activité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST remplissent chaque année un rapport d'activité type envoyé à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure.

Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux CCAA, a été introduit à partir de l'année 2004.

Q - RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les patients des structures d'accueil et de soins spécialisées en toxicomanie ou en alcoologie. Les résultats annuels sont envoyés en avril de l'année suivante à l'OFDT qui en assure l'analyse.

Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle et aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produits à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient.

Les usagers de cannabis décrits à travers RECAP sont ceux dont le cannabis est le produit consommé au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, pose actuellement le plus de problèmes au patient et motive sa prise en charge.

Ce dispositif remplace l'enquête un mois donné de la DREES.

R - SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale et laboratoires des douanes),
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès d'usagers. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Dans sa version initiale datant de 1999, le dispositif s'intéressait exclusivement aux produits de synthèse. À partir de 2006, son domaine d'investigation s'est élargi à l'ensemble des produits illicites.

S - Statistique des contrôles et des infractions au code de la route

Section sécurité routière (Bureau des usagers de la route et de la réglementation des véhicules - Sous-direction de la circulation et de la sécurité routières - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques - Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire)

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

Les données sont détaillées pour les infractions relatives aux règles de vitesse, à la conduite sans permis, à l'alcoolémie et, depuis 2004, à l'usage de stupéfiants. Pour l'usage de stupéfiants, le nombre de dépistages et de tests positifs est détaillé suivant les circonstances des épreuves de dépistage (accidents mortels, corporels ou matériels, infractions, soupçon d'usage de stupéfiants sans accident ni infraction). Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car, au vu des taux de positivité particulièrement élevés, il est probable que le dépistage et la recherche des résultats ne se fassent pas au hasard mais ciblent les conducteurs les plus susceptibles d'être positifs aux stupéfiants.

Le total annuel des différentes infractions en matière de stupéfiants est également repris : conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants, conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances et sous l'empire d'un état alcoolique et refus, par le conducteur d'un véhicule, de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

T - Système de surveillance du Sida en France

Ce système de recueil en continu depuis 1982, sous la maîtrise d'œuvre de l'InVS a les objectifs suivants :

- Assurer une surveillance épidémiologique du sida

- Mesurer l'incidence de la maladie
- Mesurer l'impact de l'accès au dépistage des séropositifs
- Mesurer l'impact des actions de prévention des prophylaxies primaires
- Mesurer l'impact de la prise en charge thérapeutique avant le sida
- Mesurer la mortalité liée au sida

U - TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants, mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place.

L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, défini par TREND, recouvre essentiellement les structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité,
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free-party, teknivals...) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les coordinations locales à l'origine des rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national :

- des outils qualitatifs de recueil continu coordonnés par l'OFDT, mis en œuvre par un réseau de coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
- le dispositif SINTES, (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des structures de première ligne ;
- l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires (notamment ESCAPAD, EROPP, FNAILS) ;
- et des investigations thématiques qualitatives ou quantitatives pour approfondir un sujet.

V - Analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD. ASA-CAARUD

Observatoire national des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude annuelle des rapports d'activité standardisés des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) est le deuxième outil d'un ensemble de recueil épidémiologiques dont le premier créé a été l'Enquête

nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (ENa-CAARUD), qui, elle, se concentrait plus particulièrement sur les personnes accueillies dans ces structures.

ASA-CAARUD s'attache à donner des éléments sur la nature des activités développées.

W - Système d'observation centralisé sur les actions de prévention des consommations de drogues licites et illicites (ReLION)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ; Réseau des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD)

Enquête biennale qualitative qui a pour objectifs de :

Documenter les principales caractéristiques des actions locales de prévention liées aux drogues licites et illicites (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, ecstasy, produits dopants...).

Repérer les évolutions des pratiques de prévention, à différentes échelles du territoire, à travers des repères simples sur ce qui se fait dans le domaine, auprès de qui, grâce à qui, quand, où et comment.