



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Rapport national 2013 (données 2012)
à l'OEDT
par le point focal français du réseau Reitox

FRANCE

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

REITOX

Sous la direction de

Maud Pousset

Coordination éditoriale et rédactionnelle

Aurélie Lermenier

Contributions

Chapitre 1 : Cristina Díaz Gómez

Chapitre 2 : Marie Line Tovar, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 3 : Carine Mutatayi

Chapitre 4 : Éric Janssen, Stéphane Saïd, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 5 : Tanja Bastianic, Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 6 : Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 7 : Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Chapitre 8 : Sayon Dambélé, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 9 : Ivana Obradovic, Michel Gandilhon

Chapitre 10 : Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Magali Martinez

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, Anne de l'Eprevier, Aurélie Lermenier, Christophe Palle, Maud Pousset (OFDT)

Bruno Falissard, Michel Hamon, Serge Karsenty, et Louise Nadeau (Collège scientifique de l'OFDT)

Ce rapport a été relu par Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, et l'ensemble des chargés de mission de la MILDT

Documentation

Isabelle Michot

Références législatives

Anne de l'Eprevier

Sommaire

RÉSUMÉS.....	6
PARTIE A. NOUVEAUX DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES.....	11
1. <i>Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique</i>	11
1.1. Introduction.....	11
1.2. Cadre légal	19
1.2.1. Lois, règlements, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre).....	19
1.2.2. Textes de mise en application des lois	20
1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	24
1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie	24
1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie	26
1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues	29
1.3.4. Modalités de la coordination.....	29
1.4. Analyse économique.....	30
1.4.1. Dépenses publiques.....	30
1.4.2. Recettes.....	31
1.4.3. Coût social	32
2. <i>Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques</i>	33
2.1. Introduction.....	33
2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire) (ST1 2013)	35
2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire) (ST2 2013).....	39
2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local.....	41
3. <i>Prévention</i>	42
3.1. Introduction.....	42
3.2. Prévention environnementale	45
3.2.1. Mesures de prévention environnementale en matière d'alcool et de tabac	45
3.2.2. Autres changements d'ordre social ou normatif	53
3.3. Prévention universelle (SQ25 2013).....	54
3.3.1. Milieu scolaire.....	55
3.3.2. Familles.....	55
3.3.3. Communautés.....	55
3.3.4. Milieu de travail	56
3.4. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques (SQ26 2013)	56
3.4.1. Groupes à risque	56
3.4.2. Familles à risque.....	56
3.4.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)	56
3.5. Prévention indiquée (SQ26 2013).....	56
3.6. Campagnes media nationales et locales.....	56
4. <i>Usage problématique</i>	57
4.1. Introduction.....	57
4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues (ST7 2013).....	58
4.2.1. Estimations indirectes du nombre d'usagers problématiques de drogues (PDU)	61
4.2.2. Estimations de l'incidence de l'usage problématique de drogues	61
4.3. Données sur les PDU issues d'autres sources que celles des traitements	61
4.3.1. Données sur les PDU issues de sources autres que l'indicateur de demande de traitement (TDI)	61
4.4. Formes d'usage problématique intensives, fréquentes, à long terme et autres	67
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).....	67
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 (PDU)	67
5. <i>Prise en charge : demande et offre de soins</i>	68
5.1. Introduction.....	68
5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité	69

5.2.1.	Stratégie et politique.....	69
5.2.2.	Systèmes de soins et de prise en charge	71
5.3.	Accès aux soins (ST24 2013).....	80
5.3.1.	Caractéristiques des patients pris en charge.....	81
5.3.2.	Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA.....	86
6.	<i>Conséquences sanitaires</i>	91
6.1.	Introduction.....	91
6.2.	Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.....	93
6.2.1.	VIH/sida et hépatites virales B et C (ST9 2013).....	93
6.2.2.	Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose.....	99
6.2.3.	Autres maladies infectieuses	99
6.2.4.	Données comportementales	100
6.3.	Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues.....	101
6.3.1.	Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues	101
6.3.2.	Comorbidités psychiatriques	101
6.4.	Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues (ST5, ST6 et ST18 2013).....	102
6.4.1.	Décès induits par l'usage de drogues (overdoses/empoisonnement)	102
6.4.2.	Mortalité et causes de décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)	103
6.4.3.	Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues.....	103
7.	<i>Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues</i>	105
7.1.	Introduction.....	105
7.2.	Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues	111
7.3.	Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	111
7.4.	Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues.....	121
8.	<i>Conséquences sociales et réinsertion sociale</i>	122
8.1.	Introduction.....	122
8.2.	Exclusion sociale et usage de drogues	123
8.2.1.	Exclusion sociale parmi les usagers de drogues	123
8.2.2.	Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés.....	126
8.3.	Réinsertion sociale	127
8.3.1.	Hébergement.....	127
8.3.2.	Éducation et formation	130
8.3.3.	Emploi.....	131
9.	<i>Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison</i>	132
9.1.	Introduction.....	132
9.2.	Criminalité liée à l'usage de drogues	139
9.3.	Infractions à la législation sur les stupéfiants (ST11 2013)	139
9.4.	Autres délits liés à la drogue	144
9.5.	Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues	146
9.6.	Interventions dans le système pénal.....	148
9.7.	Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison.....	148
9.7.1.	Marché des drogues illicites en prison.....	149
9.8.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons	150
9.8.1.	Traitements (y compris le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution aux opiacés)	152
9.8.2.	Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue.....	153
9.8.3.	Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses	153
9.8.4.	Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison	154
9.9.	Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison	155
10.	<i>Marché des drogues</i>	156
10.1.	Introduction.....	156
10.2.	Disponibilité et offre	159
10.2.1.	Disponibilité perçue, visibilité et accessibilité.....	159
10.2.2.	Provenance des drogues : production nationale versus production importée	166
10.2.3.	Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, <i>modi operandi</i> et organisation du marché domestique des drogues.....	167

10.3.	Saisies.....	174
10.3.1.	Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites (ST13 2013).....	174
10.3.2.	Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites	176
10.3.3.	Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits	176
10.4.	Prix/pureté	177
10.4.1.	Prix au détail des drogues illicites (ST16 2013)	177
10.4.2.	Pureté/teneur des drogues illicites (ST14 2013)	178
10.4.3.	Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues (ST15 2013)	179
PARTIE B.	BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES	181
BIBLIOGRAPHIE		181
	<i>Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées.....</i>	<i>181</i>
	<i>Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet.....</i>	<i>190</i>
	<i>Liste alphabétique des adresses Internet utiles.....</i>	<i>191</i>
ANNEXES		192
I -	Liste des figures	192
II -	Liste des tableaux.....	193
III -	Liste des références légales en français.....	195
IV -	Liste des sigles et abréviations	204
V -	Liste des sources.....	213

Résumés

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

Au cours de la période 2012-2013, les efforts du législateur ont globalement été consacrés à la réduction de l'offre. Plus spécifiquement, ils ont porté sur l'encadrement de la vente des médicaments sur Internet et la lutte contre leur falsification. Sur le plan de la coopération policière au niveau international, de nouveaux accords bilatéraux ont été engagés par le gouvernement. En matière de lutte contre le trafic de stupéfiants, des dispositions légales visant à renforcer la sécurité intérieure ont été également adoptées.

En septembre 2013, le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre la drogue et les conduites addictives, préparé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a été adopté lors d'un comité interministériel. Ce plan repose sur trois grandes priorités : fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ; prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ; et renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international.

Les crédits du budget de l'État votés pour mettre en œuvre la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives représentent 1 108 M€ en 2012. En ce qui concerne les dépenses de l'Assurance maladie, le financement des structures d'addictologie s'est élevé à 334 M€ en 2012. Il faut y ajouter une contribution supplémentaire de l'Assurance maladie de 37 M€ dans le cadre de deux plans relatifs aux addictions et à la santé en prison. Au total, les crédits déployés par l'État et l'Assurance maladie pour assurer la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention des conduites addictives représentent en 2012 un montant de 1 479 M€, contre 1 428 M€ en 2011.

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

Les dernières données disponibles en population générale sont issues de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES, ainsi que des enquêtes en population adolescente et en milieu scolaire (ESCAPAD 2011, ESPAD 2011 et HBSC 2010).

Les données en population générale âgée de 15 à 64 ans traduisent une stabilisation globale des niveaux d'usage du cannabis au cours des 12 derniers mois (autour de 8,4 %). La hausse de l'expérimentation de cannabis est liée à un effet de stock des générations anciennes de fumeurs. Parmi les produits plus rares, la cocaïne enregistre une hausse significative de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année (respectivement de 2,4 % à 3,6 % et de 0,5 % à 0,9 %). L'enquête révèle par ailleurs une augmentation de l'expérimentation d'héroïne, passant de 0,8 % à 1,2 %, et des champignons hallucinogènes (de 2,6 % à 3,1 %), alors qu'au contraire l'ecstasy semble en recul.

Concernant les jeunes de 11 à 17 ans, les très jeunes sont rarement concernés par les consommations de drogues illicites (expérimentation inférieure à 6,4 % à 13 ans). À partir de 15 ans, le cannabis reste le produit le plus consommé par les jeunes Français. Parmi les autres drogues illicites, les poppers, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes sont les plus expérimentés (à 17 ans, 9,0 %, 5,5 % et 3,5 % respectivement, contre 41,5 % pour le cannabis).

3. Prévention

En matière d'alcool et de tabac, la politique de prévention s'appuie largement sur une stratégie environnementale, essentiellement instaurée par le législateur. Ainsi, outre les mesures d'éducation pour la santé, elle repose sur le contrôle des prix (via la fiscalité), de la vente (composition, conditionnement), de la distribution et de l'usage (chez les plus jeunes, dans certains lieux ou certaines situations), ainsi que sur la restriction de la publicité.

L'année 2012 a constitué une période de transition, dans l'attente des nouvelles orientations en matière de prévention des conduites addictives. Elle n'a pas donné lieu à de nouveaux développements dans ce domaine. Des consultations des différents acteurs ont été engagées en 2012 par la MILDT afin de définir une politique de prévention structurée et basée sur des données scientifiquement validées. Le milieu scolaire (principalement l'enseignement secondaire) reste le lieu privilégié de la prévention universelle, ainsi que le milieu professionnel.

4. Usage problématique

Une étude multicentrique de type « capture/recapture » a été lancée fin 2010 dans 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse. Les données de prévalence recueillies dans ces différentes villes ont permis de réaliser une évaluation du nombre d'usagers problématiques de drogues en 2011, située entre 275 000 et 360 000 personnes. Les prévalences moyennes estimées par les différentes méthodes semblent être en augmentation par rapport à 2006. Il est cependant difficile de conclure, compte tenu de la largeur des intervalles de confiance qui se recoupent très largement pour ces deux années.

L'étude ENa-CAARUD 2012 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers problématiques de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques :

- près de la moitié de ces usagers (47 %) ont des conditions de logement instables (sans domicile fixe, squat, logement provisoire) ;
- un usager sur quatre ne dispose d'aucun revenu licite ; 57 % vivent de revenus de solidarité sociale (principalement RSA et AAH) ;
- environ 14 % d'entre eux ont connu en 2012 un épisode d'incarcération.

En ce qui concerne les consommations de substances dans le mois passé, un tiers des usagers (31 %) a pris de l'héroïne, 37 % de la BHD (78 % dans le cadre d'un traitement de substitution) et 36 % de la cocaïne. D'après le système d'observation TREND, on note une dispersion des usagers les plus fragiles, qui tend à aggraver leur précarité, et des problèmes croissants liés à l'alcoolisation chronique chez les usagers plus âgés. Par ailleurs, l'essor de l'inhalation à chaud se poursuit et s'étend à d'autres produits que l'héroïne et la cocaïne.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2012 dans les CSAPA en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. L'âge moyen a augmenté de façon continue entre 2005 et 2011 et s'est stabilisé en 2012 à un peu moins de 31 ans (30,8 ans). Ce vieillissement est lié à une baisse d'environ 10 points de la part des 15-24 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus, dont la part a doublé, passant de près de 11 % en 2005 à plus de 22 % en 2012. Concernant la répartition des patients suivant le produit posant le plus de problèmes, on observe sur la période 2007-2012 une tendance à la baisse de la part du cannabis (malgré l'augmentation constatée en 2011) et une tendance presque symétrique à la hausse pour les opiacés.

S'agissant des traitements de substitution aux opiacés, plus de 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour ces médicaments en 2011 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD qui représente 71 % de l'ensemble, même si la part de la méthadone augmente d'année en année.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990. En 2011, parmi les nouveaux cas de sida, 7,4 % étaient diagnostiqués chez des UDVI (contre un quart au milieu des années 1990).

La prévalence de l'infection au VIH et au VHC semble diminuer depuis plusieurs années, en raison des mesures de santé publique et de l'évolution des pratiques des usagers de drogues. La prévalence déclarée du VHC parmi les UDVI reste cependant encore élevée : elle se situe autour de 33 % en 2012 mais la prévalence réelle est sûrement plus importante.

Selon les dernières données disponibles, le nombre de décès par surdose chez les 15-49 ans s'est stabilisé autour de 300 depuis 2008 (294 décès en 2010 contre 305 l'année précédente). En 2010, les médicaments de substitution aux opiacés, notamment la méthadone, seraient responsables d'une part plus importante de décès par surdose que l'héroïne.

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

La prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues repose sur la politique de réduction des risques, incluant notamment la diffusion de matériel d'injection stérile à usage unique, d'informations sur les risques liés à l'usage de drogue et l'accès au traitement de substitution aux opiacés. Elle repose également sur l'incitation au dépistage du VIH, VHC et VHB et l'incitation à la vaccination contre le VHB.

En 2010, 9,9 millions de seringues ont été vendues ou distribuées via les CAARUD (y compris automates), les automates hors CAARUD et les kits Stéribox® en pharmacie. En l'absence de données sur les seringues disponibles à l'unité dans les pharmacies, il n'est pas possible de comparer avec les 14 millions estimés en 2008, dans une tendance de baisse continue depuis la fin des années 1990. En matière de dépistage, la part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qui avait d'abord régressé, puis stagné entre 2008 et 2010, diminue à nouveau en 2012. La majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH ou le VHC a bénéficié d'au moins une consultation médicale en lien avec son infection dans l'année, mais ils sont moins nombreux à suivre le traitement adapté.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

En 2011, les indicateurs relatifs à la situation sociale des usagers accueillis dans les CSAPA vont, comme les années précédentes, dans le sens d'un recul de la précarité. Toutefois, cela pourrait être lié à la hausse de l'âge moyen et de la proportion de personnes ayant un problème avec l'alcool, deux facteurs de moindre précarité. Dans les CAARUD, en revanche, on assiste à une remontée de la part des usagers fortement précaires.

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues est très majoritairement assuré par les structures spécialisées (CAARUD et CSAPA). Toutefois, en 2010, seulement 15 % des actes réalisés par les CAARUD concernent l'accès aux droits administratifs et sociaux. Parmi ces actes, à peine un quart porte sur les démarches d'hébergement, alors que les activités de recherche ou de maintien d'emploi ou de formation n'en représentent que 10 %.

Des programmes liés à l'hébergement, la formation et l'emploi à destination des usagers de drogues sont mis en place dans les structures spécialisées mais aucun système d'observation ne permet de suivre leur mise en place.

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

En 2012, le nombre de personnes mises en cause par les services de police pour usage simple est 5 à 6 fois plus élevé que pour l'ensemble des autres infractions liées aux stupéfiants (119 185 contre 21 017). Les interpellations pour usage simple représentent ainsi 86 % du total des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 14 % restants sont des interpellations pour usage-revente ou trafic local, le trafic international restant plus rare (1 % des ILS). Le cannabis est à l'origine de 90 % des interpellations pour usage et 70 % de celles pour trafic et usage revente.

Le nombre de condamnations pour ILS a doublé entre 1990 et 2010, pour atteindre près de 50 100, dont plus de 29 000 pour usage simple. Ce sont les condamnations pour ce dernier type d'infraction qui ont le plus progressé, puisque leur nombre a plus que triplé depuis 1990, avec une hausse particulièrement marquée depuis 2004 (+ 16 % de hausse moyenne annuelle).

Dans le domaine de la sécurité routière, les condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants ont elles aussi fortement augmenté au cours des dernières années (16 264 en 2011 contre 12 428 en 2010 et moins de 6 600 en 2008), ce qui représente une hausse de 31 % sur la dernière année disponible. Parmi celles-ci, environ 34 % ont entraîné une peine de prison (à plus de 80 % avec sursis), près de la moitié une amende et 17 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

10. Marché des drogues

La disponibilité et l'accessibilité de substances comme l'héroïne et la cocaïne restent élevées en 2012. Cette situation est notamment favorisée par la forte implantation des réseaux importateurs d'héroïne en provenance d'Afghanistan via les Balkans et l'investissement de certaines organisations des banlieues défavorisées des grandes villes françaises dans le trafic de cocaïne. 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.

On observe, pour l'héroïne comme pour la cocaïne, une baisse de la pureté des échantillons saisis dans la rue.

Comme en 2011, les deux grands phénomènes à retenir en 2012 concernent le marché du cannabis et celui des nouveaux produits de synthèse (NPS). Ainsi, outre les *cannabis factories* et le mouvement des *cannabis social clubs*, une augmentation des cultures commerciales *indoor* tenues par des particuliers apparaît en France. Concernant les NPS, bien qu'Internet reste le vecteur principal d'achat, des ventes « directes » sont de plus en plus observées dans l'espace alternatif techno. Toutefois, elles sont plutôt le fait d'usagers ou de dealers isolés, ayant obtenu le produit via Internet et se livrant à des petits trafics, que de réseaux organisés.

Partie A. Nouveaux développements et tendances

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

1.1. Introduction

Définitions

Le terme « usager de stupéfiants » est utilisé pour désigner une personne qui consomme des produits stupéfiants. L'autorité judiciaire assimile souvent à l'usage la détention de petites quantités, ainsi que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle.

Toute infraction à la législation sur les stupéfiants expose à une interpellation par la police, la gendarmerie ou les douanes, qui en rendent compte aux services judiciaires. Les infractions sont examinées au cas par cas par les procureurs de la République qui, suivant le principe de l'opportunité des poursuites, décident de poursuivre le contrevenant, de classer l'affaire sans suite ou encore de prononcer une mesure alternative aux poursuites. Ce principe permet une intervention adaptée à chaque situation individuelle en graduant la réponse en fonction de la gravité des actes. Il explique également la disparité des pratiques selon les tribunaux, justifiées par les politiques pénales menées localement selon les spécificités territoriales.

Outils de collecte des données

Les principales sources utilisées sont les textes du Code pénal, du Code de la route, du Code de la santé publique (CSP), du Code de l'action sociale et des familles et du Code du sport, ainsi que les documents officiels relatifs aux dépenses publiques.

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. À l'inverse, les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, etc.), classées comme stupéfiants¹, sont soumises à un régime d'interdiction fixé pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970², dont les dispositions ont été intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. Le cadre réglementaire en vigueur réprime usage et trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant (sans différenciation selon le produit). L'usager est considéré à la fois comme un délinquant et comme un malade.

Le CSP prévoit pour les usagers de drogues la possibilité d'un accès anonyme et gratuit à des soins pour la prise en charge de leur addiction. C'est à la suite de l'adoption de la loi de 1970 qu'a été créé un dispositif de prise en charge spécialisé comprenant les structures aujourd'hui

¹ 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 nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM, ex-AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971

nommées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ainsi que les communautés thérapeutiques (CT). L'accès aux centres de dépistage du VIH³ et des hépatites, rattachés aux établissements de santé (CDAG⁴ et CIDDIST⁵), est aussi totalement gratuit.

La vaccination contre l'hépatite B et le dépistage des hépatites virales sont gratuits et anonymes⁶ lorsqu'ils sont effectués dans un CSAPA (art. L.3411-4 du CSP). Depuis la circulaire du 9 novembre 2009⁷, les usagers de drogues peuvent également bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B dans les CDAG.

Les personnes accueillies dans un CDAG ou un CIDDIST ne sont pas tenues de révéler leur identité. En cas de nécessité thérapeutique, depuis l'adoption de la loi HPST de juillet 2009⁸ (art. 108, codifié dans le CSP art. L.3121-2 et L.3121-2-1), le médecin du CDAG ou du CIDDIST peut faire lever l'anonymat, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé du patient. Cette disposition⁹ vise à améliorer l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire. De plus, s'ils le demandent expressément, les usagers de drogues qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé peuvent bénéficier de l'anonymat dès l'admission (art. L.3414-1 du CSP).

Pour préserver la confidentialité des informations personnelles et médicales, les professionnels du dispositif de soins sont tenus de respecter le secret médical et professionnel.

Les usagers de drogues sans ressources ou à faible niveau de revenus, comme toutes les personnes dans cette situation résidant en France, peuvent accéder gratuitement à la médecine de ville et à l'hôpital. Depuis 1999, ils peuvent ainsi bénéficier d'une Couverture maladie universelle (CMU). Le demandeur de soins avance les frais médicaux et demande leur remboursement. Par ailleurs, il existe une Couverture complémentaire santé gratuite qui exonère le demandeur de soins de l'obligation d'avancer des frais médicaux. Les non-résidents en France peuvent solliciter l'Aide médicale d'État.

Usage de stupéfiants

Aux termes de l'article L.3421-1 du CSP (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et d'une amende

³ Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. BO Santé n°88-28 bis, Fascicule spécial : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, 1988. (NOR ASEP8810054C)

⁴ Centre de dépistage anonyme et gratuit.

⁵ Centre d'information, de dépistage et de diagnostic (et de traitement) des infections sexuellement transmissibles.

⁶ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. JORF n°296 du 21 décembre 2007. (NOR BCFX0766311L), art. 72.

⁷ Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°12 du 15 janvier 2010. (NOR SASP0927192C)

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L)

⁹ Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°166 du 21 juillet 2010. (NOR SASP1007832A)

d'un montant de 3 750 €. Cependant, le CSP autorise le procureur à suspendre les poursuites contre un usager de stupéfiants à condition qu'il accepte de se faire soigner.

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007¹⁰ diversifie les mesures pouvant être prononcées à l'encontre des usagers de drogues. Elle introduit une nouvelle sanction *ad hoc*, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, obligatoire et payant (450 € maximum, montant d'une contravention de 3^e classe). Prévu par l'article L.131-35-1 du Code pénal et par les articles R.131-46 et R.131-47 du Code pénal en application du décret du 26 septembre 2007¹¹, il doit faire prendre conscience à l'usager 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 de mesure alternative aux poursuites ou 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 ans¹².

Cette loi du 5 mars 2007 élargit le cadre d'application des mesures d'injonction thérapeutique, qui peuvent désormais être prononcées à tous les stades de la procédure pénale : auparavant 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.

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 3 février 2003¹³ a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende, portée à 3 ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool. La loi du 18 juin 1999¹⁴ et son décret d'application (du 27 août 2001)¹⁵ ont instauré un dépistage de l'usage de stupéfiants obligatoire sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel, lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Depuis l'adoption en 2011 de la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure¹⁶ (dite LOPPSI 2) et sa circulaire

¹⁰ Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L)

¹¹ Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la 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. JORF n°225 du 28 septembre 2007. (NOR JUSD0755654D)

¹² Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. BO Justice n°2008/3 du 30 juin 2008 (NOR JUSD0811637C)

¹³ Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L)

¹⁴ Loi n°99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs. JORF n°140 du 19 juin 1999. (NOR EQUX9800010L)

¹⁵ Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route. JORF n°198 du 28 août 2001. (NOR EQU0100214D)

¹⁶ Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 15 mars 2011. (NOR IOCX0903274L)

d'application¹⁷ du 28 mars 2011, le dépistage de l'usage de produits stupéfiants est désormais obligatoire en cas d'accident corporel de la circulation, qu'il soit mortel ou non. De plus, cette circulaire du 28 mars 2011 donne la possibilité, sur réquisition du procureur de la République, de contrôles aléatoires d'usage de stupéfiants sur l'ensemble des automobilistes dans un lieu et une période déterminés (art. L.235-2 du Code de la route, modifié par l'article 83 de la LOPPSI).

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 stupéfiants. Ils encourent une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant de 75 000 €. Les personnels des entreprises de transport public pris en infraction d'usage dans l'exercice de leurs fonctions encourent ces mêmes 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. La loi du 20 juillet 2011¹⁸ (article L.4622-2 du Code du travail) fixe le cadre de fonctionnement des services de santé au travail et prévoit notamment que les médecins du travail ont pour mission de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation de drogues et d'alcool sur le lieu de travail (cf. chapitre 3).

Trafic de stupéfiants

Le régime de répression du trafic de stupéfiants a été modifié depuis la fin des années 1980. Des circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs, dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou encore dans les locaux de l'administration. Le dispositif législatif 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 1986¹⁹). 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 1992²⁰) pour certaines affaires de blanchiment (telles que définies dans la loi du 31 décembre 1987²¹ et qualifiées en infraction criminelle par les lois du 23 décembre 1988²², du 12 juillet 1990²³ et du 13 mai 1996²⁴).

Depuis la loi du 17 janvier 1986, les petits trafiquants peuvent faire l'objet d'une procédure de comparution immédiate, qui permet de juger sans délai les usagers-revendeurs interpellés, au

¹⁷ Circulaire du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière. BO Intérieur n°2011-03 du 31 mars 2011. (NOR IOCD1108865C)

¹⁸ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L)

¹⁹ Loi n°86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social. JORF du 18 janvier 1986

²⁰ Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur. JORF n°298 du 23 décembre 1992. (NOR JUSX9200040L)

²¹ Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal. JORF n°3 du 5 janvier 1988. (NOR JUSX8700015L)

²² Loi n°88-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989. JORF du 28 décembre 1988. (NOR ECOX8800121L)

²³ Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants. JORF n°162 du 14 juillet 1990. (NOR ECOX9000077L)

²⁴ Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime. JORF n°112 du 14 mai 1996. (NOR JUSX9400059L)

même titre que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales pour la répression du blanchiment mises en place à partir des années 1990 permettent aussi de poursuivre les trafiquants en se fondant sur leurs signes extérieurs de richesse : ainsi, ne pas « 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 2004²⁵ instaure, pour l'auteur d'infraction allant de l'offre à toutes les formes de trafic, une réduction des peines encourues 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 possible exemption de peine pour les « repentis » du trafic est nouvelle dans la procédure pénale française.

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 dirigée vers un mineur » (jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende). Les peines pour certaines infractions commises sous l'emprise d'un stupéfiant ou en état d'ivresse sont également durcies. Par ailleurs, la loi organise des mesures d'investigation nouvelles (recherches fondées sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), achats surveillés, etc.).

Enfin, la loi du 9 juillet 2010 (dite loi Warsmann²⁶) a instauré une nouvelle procédure pénale permettant de saisir, en cours d'enquête, des éléments de patrimoine des personnes soupçonnées, pour en garantir la confiscation éventuelle lors du jugement.

Trafic de produits chimiques précurseurs de drogues

La fabrication et le commerce de produits chimiques susceptibles d'être utilisés à des fins d'extraction de drogues ou de fabrication de produits de synthèse sont contrôlés en France depuis la loi du 19 juin 1996²⁷. Cette loi s'inscrit dans le cadre de la réglementation européenne en vigueur relative à la lutte contre le détournement de matières premières d'emploi courant dans l'industrie chimique pour alimenter les réseaux de trafic de stupéfiants. La loi classe les produits chimiques soumis à contrôle en trois catégories, dont la liste est fixée par décret. Elle oblige les entreprises impliquées dans la production, le commerce ou le transport des produits contrôlés à disposer d'un agrément du ministère de l'Industrie²⁸. La Mission nationale de contrôle de précurseurs chimiques (MNCPC) est chargée de délivrer les agréments et de les renouveler.

²⁵ Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n°59 du 10 mars 2004. (NOR JUSX0300028L)

²⁶ Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale. JORF n°158 du 10 juillet 2010. (NOR JUSX0912931L)

²⁷ Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°142 du 20 juin 1996. (NOR IND9500023L)

²⁸ Décret n°96-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°287 du 10 décembre 1996. (NOR INDD9600699D)

Substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont été introduits en France au milieu des années 1990. La mise sur le marché de la méthadone en mars 1995²⁹ a été suivie quelques mois plus tard par celle de la buprénorphine haut dosage (BHD) en juillet 1995³⁰. Le Subutex® (BHD) est commercialisé depuis février 1996. Des génériques ont été mis sur le marché à partir de 2006. Considérée comme plus sûre que la méthadone, et d'ailleurs non classée parmi les stupéfiants, la BHD peut être prescrite par l'ensemble des médecins : 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 80 % des remboursements de médicaments de substitution par l'Assurance maladie. 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 du 30 janvier 2002³¹ autorisant tout médecin exerçant en établissement de santé à entreprendre un traitement par la méthadone.

Depuis 1993, plusieurs textes officiels et circulaires ont été publiés afin d'équilibrer la prescription et la dispensation des traitements de substitution en France. En avril 2008³², les autorités de santé ont durci les conditions de prescription et de délivrance de la BHD afin de lutter contre son détournement. Pour obtenir un remboursement, le patient doit désormais obligatoirement signaler à son médecin le nom du pharmacien qui délivrera le médicament. Depuis cet arrêté du 1^{er} avril 2008, non seulement l'inscription du nom du pharmacien sur les ordonnances est obligatoire, mais aussi la mise en place d'un protocole de soins en cas de mésusage. Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement AFSSAPS) a mis en place un plan de gestion de risques pour chacune des spécialités de BHD commercialisées.

Cadre légal de la réduction des risques

La politique de réduction des risques pour les usagers de drogues relève de l'État (article L.3121-3 du CSP modifié par la loi du 13 août 2004, art. 71³³). Elle vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose, l'injection de drogues par voie intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie. La loi du 9 août 2004³⁴ créant les CAARUD prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques (article L.3121-5 du CSP). Ils assurent ainsi l'accueil collectif

²⁹ Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés et Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 21 mars 1995 pour le chlorydrate de méthadone, 5, 10 et 20mg, sirop en récipient unidose. JORF du 28 juin 1995. (NOR SANM9501657V)

³⁰ Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg, comprimé sublingual. JORF du 27 octobre 1995. (NOR SANM9502981V)

³¹ Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)

³² Arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du Code de la sécurité sociale. JORF n°83 du 8 avril 2008. (NOR SJSP0808150A)

³³ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004. (NOR INTX0300078L)

³⁴ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)

et individuel³⁵, l'information et le conseil personnalisé, le soutien aux usagers pour l'accès aux soins (qui inclut l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité), l'orientation vers le système de soins spécialisé 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 mènent des médiations sociales pour une bonne intégration dans le quartier et pour prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Leur coordination avec les autres structures a été précisée par circulaire³⁶.

Depuis mai 1987³⁷, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies, les officines à usage interne 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. Depuis mars 1995³⁸, 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 auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre de la santé (article D.3121-27 du CSP). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (art. D.3121-28 du CSP). Cependant, ni les pharmaciens ni les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis la suspension, opérée en 1987, des dispositions du décret de 1972.

À proximité immédiate des structures de réduction des risques ou des lieux d'échange de seringues (par exemple, des programmes d'échange de seringues en pharmacie), il n'est pas légal de recourir à une interpellation au seul chef d'usage de stupéfiants. D'ailleurs, le seul port d'une seringue n'est pas reconnu comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogues a été élaboré (art. D.3121-33 du CSP) et approuvé par le décret du 14 avril 2005³⁹. 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.

³⁵ Article R.3121-33-1 modifié par le Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique. JORF n°297 du 22 décembre 2005. (NOR SANP0524015D)

³⁶ 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. BO Santé n°2006/2 du 15 mars 2006. (NOR SANP0630016C)

³⁷ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 16 mai 1987. (NOR ASEM8700689D) ; Décret n°88-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 27 août 1988. (NOR SPSM8801069D) et Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF du 12 août 1989. (NOR SPSM8901501D)

³⁸ Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF n°58 du 9 mars 1995. (NOR SPSP9500414D)

³⁹ Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005. (NOR SANP0521129D)

Orientations de la stratégie nationale de lutte contre les drogues

En France, le premier plan interministériel de lutte contre les drogues remonte à 1983. Le plan gouvernemental couvrant la période 2013-2017 a été préparé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), en coordination avec les ministères concernés et en prenant l'avis de son réseau de chefs de projet toxicomanie (placés auprès des préfets), des associations, des élus locaux, des collectivités territoriales ainsi que des partenaires professionnels et associatifs. Ce plan a été rendu public en septembre 2013 après sa présentation lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre.

Budget et dépenses publiques

Les dépenses publiques pour la lutte contre les drogues et la prévention des addictions relèvent principalement du budget de l'État et de l'Assurance maladie. Le budget de l'État regroupe les dépenses pour la mise en œuvre de la politique publique dans le champ de l'application de la loi et de la lutte contre les trafics ainsi qu'en matière de coopération internationale, formation, observation, recherche, communication, information et prévention (notamment en milieu scolaire). La majeure partie des dépenses en matière de santé (médecine de ville et hôpital) est prise en charge par les administrations de la Sécurité sociale. Parmi elles, figurent les dépenses liées aux traitements des maladies qui sont la conséquence des consommations de drogues (cirrhoses, cancers...), dont l'évaluation ne repose que sur des estimations. D'après la dernière étude disponible (Kopp *et al.* 2006a), ces coûts représenteraient pourtant la majorité des dépenses supportées par les pouvoirs publics (21,6 milliards d'euros en 2003, très largement liées aux drogues licites).

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001⁴⁰, les montants alloués par l'État à l'administration publique centrale et à ses services déconcentrés sont présentés par programme. Les moyens disponibles pour la politique contre l'alcool, le tabac et les substances illicites sont regroupés dans une trentaine de programmes qui impliquent notamment les ministères des Affaires étrangères, de la Culture, de la Défense, de l'Économie, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Intérieur, de la Justice, de la Santé et celui du Travail. Les dépenses inscrites dans ces différents programmes sont affectées aux cinq champs de la politique publique dans le domaine des drogues : la prévention des consommations, l'application de la loi et la lutte contre le trafic, l'intensification et la diversification de la prise en charge sanitaire, la promotion de la recherche, et enfin l'action internationale. Depuis 2008, les dépenses de l'État pour la lutte contre les drogues sont présentées dans le document de politique transversale (DPT) sur les drogues et toxicomanies. L'élaboration de ce document budgétaire, retraçant les dépenses de l'État sur une base annuelle, est coordonnée par la MILDT. Les moyens déployés par les collectivités territoriales (régions, départements, communes notamment) pour la prévention et la lutte contre les drogues ne sont pas identifiables.

Les montants identifiables attribués par l'Assurance maladie à la prévention et à la prise en charge des addictions contribuent au remboursement des TSO ainsi qu'à financer les structures spécialisées (CSAPA, CAARUD et CT). Pour identifier les postes de dépenses de santé, les sources mobilisées ont été les circulaires budgétaires, les campagnes tarifaires de l'Assurance maladie et le fichier de remboursement pour les médicaments de substitution (fichier MEDIC'AM – AMELI).

⁴⁰ Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. JORF n°177 du 2 août 2001. (NOR ECOX0104681L)

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 France (Ben Lakhdar 2007a; Díaz Gómez 2012; Kopp *et al.* 2000; Kopp *et al.* 2004; Kopp *et al.* 2006a; Kopp *et al.* 1998). Des estimations du coût social (incluant les pertes de revenus, pertes de productivité, etc.) ont aussi été réalisées (Kopp *et al.* 2000; Kopp *et al.* 2004; Kopp *et al.* 2006b; Kopp *et al.* 1998).

1.2. Cadre légal

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

En France, les efforts du législateur ont été consacrés en 2012-2013 à l'encadrement de la vente des médicaments sur Internet et à la lutte contre leur falsification. En matière de lutte contre le trafic local de stupéfiants, des dispositions légales visant à renforcer la sécurité intérieure ont été également adoptées. Sur le plan de la coopération policière au niveau international, le gouvernement s'est attaché à chercher de nouveaux accords bilatéraux, plusieurs projets de loi ayant été discutés au Parlement. Globalement, l'ensemble des textes de loi recensés sur la période a porté sur le domaine de la réduction de l'offre.

Encadrement de la vente de médicaments sur Internet et lutte contre leur falsification

L'**ordonnance du 19 décembre 2012**⁴¹ relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments encadre le commerce électronique de médicaments. Elle n'autorise l'activité de commerce électronique des médicaments de médication officinale que lorsqu'elle est réalisée par une pharmacie d'officine à partir de son site Internet. Ce texte fixe également les sanctions en cas de falsification des médicaments. Elle punit de 5 ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende la fabrication, le commerce ou la publicité de médicaments falsifiés. En cas de risques pour la santé de l'homme, ces sanctions sont portées à 7 ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende.

Renforcement de la surveillance pour la lutte contre le trafic local

La sécurité intérieure a été un autre champ d'action du législateur sur la période. Le trafic de stupéfiants est ainsi visé par l'**ordonnance du 12 mars 2012**⁴². Depuis son adoption, lorsqu'il s'agit des lieux particulièrement exposés aux risques de trafic de stupéfiants, les autorités publiques compétentes sont autorisées à enregistrer sur la voie publique des images de vidéo protection.

Renforcement de la coopération internationale en matière de lutte contre la criminalité

Au cours du second semestre 2012, l'Assemblée nationale et le Sénat ont examiné plusieurs projets de loi élaborés par le gouvernement autorisant des accords bilatéraux de coopération policière ou des traités d'amitié. Ils concernent la République de Serbie, la République du

⁴¹ Ordonnance n°2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments. JORF n°297 du 21 décembre 2012. (NOR AFSX1240311R)

⁴² Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 relative à la partie législative du Code de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 13 mars 2012. (NOR IOCD1129997R)

Kazakhstan, la Géorgie, la République islamique d'Afghanistan, la République libanaise, l'État des Émirats arabes unis ou encore le Brésil.

1.2.2. Textes de mise en application des lois

Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre 2012 et 2013 sont détaillés ci-après.

Prévention des consommations de drogues au travail

Dans le cadre de la loi du 20 juillet 2011⁴³ (art. L.4622-2 du Code du travail) relative à la médecine du travail, la **circulaire DGT du 9 novembre 2012**⁴⁴ est venue préciser les principes de la réforme de la médecine du travail et des services de santé pour les faire évoluer vers une culture de promotion de la santé en milieu professionnel.

Renforcement de la prévention de la conduite au volant après usage de stupéfiants

En diffusant aux services concernés l'**instruction du 30 octobre 2012**⁴⁵, celle du **17 décembre 2012**⁴⁶ et celle du **27 juin 2013**⁴⁷ relatives au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière, le ministre de l'Intérieur a souhaité accroître la mobilisation des forces de l'ordre pendant la période des congés et des fêtes pour lutter contre les conduites addictives, afin d'inverser les chiffres élevés de mortalité routière recensés les années précédentes.

Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice

Dans le cadre de la loi du 18 janvier 1994⁴⁸ relative à la santé publique et à la protection sociale, un premier guide relatif aux modalités de prise en charge sanitaire des personnes détenues avait été diffusé en 1994 auprès des intervenants sanitaires du milieu pénitentiaire. En 2005, ce guide a été actualisé pour la première fois (Ministère de la santé et de la protection sociale *et al.* 2004). Depuis, l'adoption de plusieurs textes législatifs et réglementaires a fait évoluer le cadre de protection sociale et les protocoles de prise en charge en prison, et ceci a mis en évidence la nécessité de réviser la version du guide de 2005. La **circulaire interministérielle du 30 octobre 2012**⁴⁹ réactualise ce texte. Dans ses grandes lignes, elle rappelle les principes en vigueur relatifs à l'organisation des soins proposés aux personnes détenues tant sur le plan des soins somatiques que sur celui de la prise en charge psychiatrique, conformément au plan

⁴³ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L)

⁴⁴ Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail. (NOR ETST1239145C)

⁴⁵ Instruction du 30 octobre 2012 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière à l'occasion des vacances de la Toussaint. BO Intérieur n°2012-10 du 30 décembre 2012. (NOR INTK1229204J)

⁴⁶ Instruction du 17 décembre 2012 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière pendant la période des fêtes de fin d'année. BO Intérieur n°2013-01 du 15 février 2013. (NOR INTK1229208J)

⁴⁷ Instruction du 27 juin 2013 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière pendant la période estivale. (NOR INTK1300208J)

⁴⁸ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15 du 19 janvier 1994. (NOR SPSX9300136L)

⁴⁹ Circulaire interministérielle DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ n°2012-373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°11 du 15 décembre 2012. (NOR AFSH1238354C)

d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010). Par ailleurs, elle propose une convention cadre à destination des acteurs de terrain afin que les personnes détenues bénéficient des droits prévus en matière de protection sociale. D'autres documents cadres sont également joints au guide, et en particulier des repères utiles à la prise en charge spécifique des personnes mineures.

Nouvelles orientations de politique pénale en matière d'usage de drogues

La **circulaire du 16 février 2012**⁵⁰ est venue fixer de nouvelles orientations de politique pénale à destination des autorités judiciaires. Tout en rappelant la prise en compte des éléments d'enquête laissant supposer un usage simple ou une dépendance aux stupéfiants et le principe de proportionnalité selon la gravité des faits reprochés, la circulaire de février 2012 met l'accent sur la nécessité de systématiser la réponse pénale et de renforcer l'effectivité des mesures judiciaires. Les juridictions sont incitées à recourir à des mesures à dominante pédagogique pour un premier usage simple, comme les stages de sensibilisation, et à des mesures à orientation sociosanitaire pour les consommateurs dépendants (injonction thérapeutique). Envers les mineurs, la réponse doit demeurer éducative et sanitaire. La circulaire encourage également les cours d'appel et les tribunaux à développer des partenariats avec le secteur associatif afin de garantir l'effectivité des mesures à orientation éducative et socio-sanitaire.

Autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis

Depuis l'adoption du **décret du 5 juin 2013**⁵¹, l'ANSM peut délivrer une autorisation de mise sur le marché à des médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés. Il modifie l'article R.5132-86 du CSP et autorise les opérations de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis. Ce décret, entré en vigueur le 8 juin 2013, s'inscrit dans la continuité de la directive 2011/83/UE⁵² qui a instauré un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Conditions d'administration et détention des substances médicamenteuses dans les pharmacies au sein des établissements publics dispensant des soins

L'**arrêté du 12 mars 2013**⁵³ relatif aux substances, préparations, médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé et médico-sociaux disposant d'une pharmacie d'usage intérieur abroge les dispositions particulières des arrêtés précédents (arrêté du 31 mars 1999⁵⁴ et celui du 6 avril 2011⁵⁵). Il vise à simplifier les procédures : à titre

⁵⁰ Circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants. BO Justice n°2012-02 du 29 février 2012. (NOR JUSD1204745C)

⁵¹ Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. JORF n°130 du 7 juin 2013. (NOR AFSP1308402D)

⁵² <http://new.eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?qid=1373552283066&uri=CELEX:32011L0083> [Dernier accès le 11/07/2013]

⁵³ Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur. JORF n°69 du 22 mars 2013. (NOR AFSH1305477A)

⁵⁴ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements

d'exemple, pour ce qui concerne la délivrance du médicament, les formulaires papiers peuvent être remplacés par un enregistrement informatique ; pour renouveler le stock de médicaments, un bilan récapitulatif mensuel suffit désormais en remplacement de la copie des ordonnances. Ce texte prévoit également des nouvelles modalités pour la destruction des stupéfiants (art. R.5132-36 du CSP).

Vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de substances potentiellement dangereuses et évaluation des risques

En France, la mission d'évaluation des risques liés aux substances médicamenteuses repose essentiellement sur l'ANSM. Lorsque l'instruction d'un dossier nécessite un avis complémentaire, l'ANSM s'adresse à sa Commission (consultative) des stupéfiants et psychotropes. Depuis l'adoption de la **décision du 1^{er} février 2013**⁵⁶, une nouvelle commission a été mise en place, mais elle conserve l'essentiel de ses prérogatives. Dans le cadre de la nouvelle commission, ses membres sont choisis en raison de leurs compétences dans le domaine des stupéfiants, des psychotropes et de la pharmacodépendance. Les représentants institutionnels n'en font plus partie.

Dans le cadre de leur mission de veille de substances potentiellement dangereuses depuis 2012, le ministère chargé des Affaires sociales et de la Santé et l'ANSM ont inscrit toutes les formes galéniques de la phentermine et les cathinones sur la liste des stupéfiants :

- **Arrêté du 14 février 2012**⁵⁷ relatif au classement comme stupéfiant de toutes les présentations de la phentermine. La phentermine ou α,α -diméthyl-phényléthylamine est un dérivé de la phényléthylamine dont la structure est très proche des amphétamines. Elle a été commercialisée en France comme anorexigène entre 1962 et 1988. La phentermine injectable était déjà classée sur la liste des stupéfiants tandis que la forme orale était classée comme psychotrope. En raison du potentiel d'abus, de dépendance et de détournement de cette substance et de son profil amphétaminique, la phentermine est désormais inscrite sur la liste des stupéfiants, quelle que soit sa présentation.
- **Arrêté du 27 juillet 2012**⁵⁸ qui a classé les cathinones comme stupéfiants, en raison de leur structure chimique analogue à celle de l'amphétamine. Afin de lutter contre la diffusion rapide de nouveaux produits de synthèse (NPS) sur Internet, pour la première fois, la France a eu recours au classement dit « générique », qui étend l'interdiction à un groupe de substances appartenant à la même famille et non plus à une seule substance. Cet arrêté concerne toutes les classes chimiques dérivées de la cathinone déjà identifiées, pour assurer la mise à jour régulière de la liste des stupéfiants.

médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique. JORF n°77 du 1er avril 1999. (NOR MESP9921062A)

⁵⁵ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. JORF n°90 du 16 avril 2011. (NOR ETSH1109848A)

⁵⁶ Décision DG n°2013-18 du 1er février 2013 portant création d'une commission des stupéfiants et psychotropes à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JORF n°34 du 9 février 2013. (NOR AFSP1300036S)

⁵⁷ Arrêté du 14 février 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. JORF n°44 du 21 février 2012 (NOR ETSP1204444A)

⁵⁸ Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. JORF n°178 du 2 août 2012. (NOR AFSP1230815A)

En ce qui concerne sa mission d'addictovigilance, l'ANSM a adopté depuis 2012 plusieurs décisions qui ont visé à encadrer les conditions de prescription et de délivrance de certains médicaments en raison de leur risque d'abus :

- **Arrêté du 9 mars 2012⁵⁹** qui vise à harmoniser les conditions de prescription et de délivrance des médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants. Il s'agit des médicaments administrés par voie orale à base de flunitrazépam (Rohypnol[®]), de buprénorphine (Subutex[®] et génériques / Suboxone[®] / Temgesic[®]), de clonazépam (Rivotril[®] comprimés et gouttes) et de certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale (Tranxène[®] 20 mg). Cet arrêté a également pour objectif de clarifier le champ d'application de ces mesures.
- **Arrêté du 16 avril 2012⁶⁰** soumettant les médicaments à base de midazolam administrés par voie orale à des conditions particulières de prescription et de délivrance. En 2011, l'ANSM avait étudié le moyen juridique de contrôler et réguler la vente au public de la gamma-butyrolactone (GBL), alors qu'elle était en vente libre pour un usage domestique. En vigueur depuis le 8 septembre 2011, l'arrêté du 2 septembre 2011⁶¹ a effectivement interdit l'offre et la cession au public de GBL mais aussi la commercialisation du 1,4 butanediol (tous deux convertis en gamma-hydroxy-butyrate - GHB - dans l'organisme) et des produits qui en contiennent, en raison du fort risque de pharmacodépendance et d'abus de ces molécules.
- **Arrêtés du 8 juin 2012⁶² et du 28 juin 2012⁶³** soumettant les médicaments à base de tianeptine administrés par voie orale à des conditions particulières de prescription et de délivrance, en raison des risques de pharmacodépendance, d'abus et d'usage détourné.

Enfin, en raison des effets indésirables sur la santé, les préparations contenant l'une ou l'autre des substances suivantes ont été soumises, conformément aux directives du [ministère des Affaires sociales et de la Santé](#), à des restrictions de commercialisation et d'accès libre : almitrine, bupropion, chlórdiazépoxide, duloxétine, naltrexone, venlafaxine, clorazépate dipotassique, diazépam, fluoxétine, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, paroxétine et topiramate. Ces restrictions sont en vigueur depuis le 10 juin 2012 (date de publication dans le Journal officiel des **deux décisions du 12 avril 2012⁶⁴** du

⁵⁹ Arrêté du 9 mars 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale, aux médicaments à base de buprénorphine administrés par voie orale, aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale et à certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale. JORF n°68 du 20 mars 2012. (NOR ETSP1207340A)

⁶⁰ Arrêté du 16 avril 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de midazolam administrés par voie orale. JORF n°101 du 28 avril 2012. (NOR ETSP1220641A)

⁶¹ Arrêté du 2 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent. JORF n°208 du 8 septembre 2011. (NOR ETSP1124197A)

⁶² Arrêté du 8 juin 2012 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de tianeptine administrés par voie orale. JORF n°142 du 20 juin 2012. (NOR AFSP1225501A)

⁶³ Arrêté du 28 juin 2012 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de tianeptine administrés par voie orale. JORF n°173 du 27 juillet 2012. (NOR AFSP1227710A)

⁶⁴ Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : almitrine, bupropion, chlórdiazépoxide, duloxétine, naltrexone, pirféridone, roflumilast ou venlafaxine. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224667S)

Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations

ministère des Affaires sociales et de la Santé). Publiée au Journal officiel le même jour, une troisième **décision du 12 avril 2012**⁶⁵ est venue interdire totalement les préparations contenant du clonazépam, du méprobamate ou de la synéphrine. Par ailleurs, l'ANSM a annoncé le 19 avril 2013 l'arrêt de commercialisation du Rohypnol 1 mg (flunitrazépam)⁶⁶.

Dernière **décision** en date citée ici, le Conseil d'État a annulé pour excès de pouvoir le **3 juin 2013**⁶⁷ l'arrêté du 29 juin 2011⁶⁸ du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères (poppers). La fabrication et la commercialisation de ces poppers ne sont plus désormais sous le régime de l'interdiction.

Encadrement de la vente de médicaments sur internet et lutte contre leur falsification

Le **décret du 31 décembre 2012**⁶⁹ relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments s'inscrit dans le cadre de l'ordonnance du 19 décembre 2012 qui vise à prévenir l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne légale de commercialisation et à encadrer la vente par Internet de médicaments. Ce décret a pour objet également la transposition de la directive 2011/62/UE⁷⁰ afin de sécuriser la commercialisation des médicaments.

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

1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

Le 19 septembre 2013, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives a été adopté lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre en présence de l'ensemble des ministres concernés. Le changement d'intitulé de ce plan, qui prend la suite des plans gouvernementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie, traduit la volonté du gouvernement d'élargir la politique à l'ensemble des conduites addictives.

Le plan 2013-2017 repose sur trois grandes priorités :

homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : clorazépate dipotassique, diazépam, fluoxétine, furosémide, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, paroxétine, spironolactone ou topiramate. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224673S)

⁶⁵ Décision du 12 avril 2012 portant interdiction d'importation, de préparation, de prescription et de délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant du clenbutérol, du clonazépam, de l'exénatide, du liraglutide, du méprobamate, de l'orlistat ou de la synéphrine. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224680S)

⁶⁶ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rohypnol-flunitrazepam-1-mg-Arret-de-commercialisation-Point-d-information> [Dernier accès le 11/07/2013]

⁶⁷ Arrêt n°352484 du Conseil d'Etat du 3 juin 2013 - Annulation de l'arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères.

⁶⁸ Arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères. JORF n°156 du 7 juillet 2011. (NOR ETSP1117877A)

⁶⁹ Décret n°2012-1562 du 31 décembre 2012 relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet. JORF n°1 du 1er janvier 2013. (NOR AFSP1240709D)

⁷⁰ <http://new.eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?qid=1373532961493&uri=CELEX:32011L0062> [Dernier accès le 11/07/2013]

- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation : en progressant dans la compréhension des conduites addictives, en soutenant la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes ainsi que les recherches en sciences sociales, en faisant de la recherche un outil d'aide à la décision ;
- prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes, en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogue, en rapprochant les dispositifs des populations les plus éloignées (que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales), par la prévention des addictions dans le monde du travail ;
- renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives : en favorisant l'acceptabilité sociale des usagers et des dispositifs de soins et de réduction des risques notamment par les actions de médiation sociale, en améliorant l'articulation entre les champs judiciaire et sanitaire, en luttant contre le trafic au niveau local et international, en prenant en compte les phénomènes émergents en matière de trafic.

Les grandes orientations stratégiques du gouvernement encadrant la politique de lutte contre les addictions figuraient déjà dans la **lettre de mission du 17 octobre 2012** signée par le Premier ministre. Ce mandat a été confié à la nouvelle Présidente de la MILDT, Danièle Jourdain Menninger, nommée en Conseil des ministres le 9 septembre 2012.

L'accent est donc mis sur l'impulsion d'une politique globale, avec une approche intégrée, et volontariste, qui s'efforcera d'agir sur l'ensemble des domaines d'action (prévention, santé, recherche, lutte contre les trafics, respect de la loi et formation), sans les opposer. L'action internationale de la MILDT y occupe également une place importante. En matière de prévention, la volonté est de faire reposer cette politique sur des connaissances scientifiques, en adoptant une conception de la prévention inscrite dans une éducation citoyenne et intégrant une sensibilisation à l'ensemble des risques, notamment chez les jeunes. En outre, afin d'assurer une approche cohérente et coordonnée de la prévention, le champ des compétences de la politique publique en la matière est fixé à l'ensemble des substances (alcool, tabac, médicaments psychotropes et stupéfiants) ainsi qu'aux conduites addictives (polyconsommation, dopage ou addictions sans substances).

Afin d'améliorer la gouvernance de la politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives, ce nouveau plan fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours afin d'examiner le degré de réalisation des objectifs fixés et de proposer les éventuels ajustements nécessaires à prendre en compte lors de la dernière phase de mise en œuvre du plan.

Le plan précédent (2008-2011) (MILDT 2008) était inspiré par une politique de réduction de l'usage de drogues orientée prioritairement vers la prévention de l'entrée en consommation et l'amélioration de la connaissance de la loi à travers des campagnes de communication ciblées. Dans le domaine du soin, le plan gouvernemental s'était inscrit en complémentarité du plan de prise en charge et de prévention des addictions⁷¹ 2007-2011 du ministère de la Santé (Ministère de la santé et des solidarités 2006) qui visait à structurer l'offre et à renforcer les dispositifs

⁷¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf [dernier accès le 11/07/2013]

existants (hôpitaux, centres médico-sociaux, médecine de ville). Dans ce champ spécifique, la volonté portée par le plan d'impulser l'émergence de réponses nouvelles à destination des populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes ou jeunes parents dépendants, usagers de cocaïne ou de crack et sortants de prison) avait été sa principale marque distinctive. Concernant l'application de la loi, le plan gouvernemental s'était orienté vers la systématisation et la célérité des réponses pénales aux infractions liées à l'usage de stupéfiants et vers le renforcement de la lutte contre le trafic local et international (cannabis, cocaïne, héroïne, précurseurs chimiques).

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

Le plan gouvernemental précédent a été mis en œuvre sur la période 2008-2011. Le suivi des actions a été confié à l'OFDT, qui a remis son rapport à la MILDT en mai 2011 (Díaz Gómez *et al.* 2011). Ce travail examine les objectifs du plan 2008-2011 sur chacun des 5 axes d'action : prévention ; application de la loi ; soins, insertion sociale et réduction des risques ; formation, recherche et observation et enfin action internationale. Ce rapport reprend le principe de structuration du plan (divisé en 44 grandes actions) en identifiant, pour chaque action, les indicateurs les plus adéquats pour documenter les avancées observées pendant la durée du plan gouvernemental. Ses principales conclusions sont présentées ci-après.

Axe 1 : Prévenir, communiquer et informer

Dans le prolongement du plan précédent, le plan gouvernemental 2008-2011 avait réaffirmé la nécessité d'étendre la prévention des usages de drogues à l'ensemble des milieux de vie sociale, en renfort de la politique mise en œuvre en milieu scolaire. Le milieu des loisirs et les quartiers sensibles (identifiés par la politique de la Ville) avaient ainsi fait l'objet de mesures particulières, tout comme le cercle familial avec la réflexion lancée autour de la parentalité, le milieu de l'enseignement supérieur et le monde du travail.

Dans le champ de la prévention, le rapport dresse globalement un bilan positif, tout en dégagant quelques pistes d'amélioration :

- S'agissant de l'action en milieu scolaire, le rapport souligne l'intérêt de relayer de façon systématique les campagnes médiatiques nationales afin de renforcer l'efficacité des interventions en prévention à l'école, conformément aux recommandations de la littérature internationale.
- En ce qui concerne les autres milieux d'action du champ de la prévention visés par le plan gouvernemental 2008-2011, les interventions auprès des parents et en milieu professionnel ont connu des avancées importantes, notamment en termes de notoriété de ces approches, mais des progrès restent à faire s'agissant des modalités concrètes d'action (projets innovants).

Globalement, la question des bonnes pratiques et celle de la rationalisation des réponses restent plus que jamais d'actualité sur le terrain évolutif et difficilement évaluable de la prévention.

Axe 2 : Appliquer la loi

Dans la perspective (de long terme) de réduire les niveaux de consommation de drogues dans la population, l'axe 2 du plan s'était assigné un double objectif : d'une part, dissuader l'usage des drogues illicites et la consommation abusive des drogues licites (tabagisme dans les lieux

publics, alcoolisations chez les jeunes, conduite sous l'emprise d'alcool) par des mesures spécifiques, et d'autre part, lutter contre le trafic sous toutes ses formes (cybercriminalité, précurseurs chimiques), en visant tout particulièrement les bénéfices liés au trafic de stupéfiants.

Au regard des données disponibles au moment de l'évaluation, il ressort que les objectifs relatifs au tabac ont été globalement atteints ou sont en progression, ceux relatifs à l'alcool et aux drogues illicites sont en revanche plus complexes à appréhender, du fait de l'absence d'évaluations spécifiques, de la complexification du marché des stupéfiants (mutations des tendances du trafic, essor des nouvelles drogues de synthèse) et de l'impact peu visible de la répression sur la baisse des consommations.

Pendant la période d'application du plan gouvernemental, les moyens de lutte contre le trafic avaient été renforcés et la pression exercée par les forces de l'ordre sur le marché des drogues illicites s'était maintenue à un niveau élevé (près de 12 000 interpellations pour usage-revente par an et 8 000 pour trafic local, environ 110 000 saisies par an). Le rendement global des opérations policières anti-drogues (quantités saisies / nombre de saisies) avait cependant diminué, du fait de la baisse des volumes saisis (à l'exception des amphétamines) depuis 2008, année record en termes d'activité policière contre le trafic. Le rendement financier des opérations de saisie avait en revanche progressé, suivant un mouvement de hausse continue depuis 2006 (près de 18 millions d'euros en 2009), si bien que le fonds de concours, réputé difficilement opérationnel depuis sa création en 1995, avait été alimenté comme il ne l'avait jamais été auparavant : 12 millions d'euros confisqués aux trafiquants en 2009 avaient été redistribués aux services répressifs spécialisés dans la lutte contre les réseaux criminels. Ces efforts soutenus n'avaient cependant pas réussi à impacter l'accessibilité financière des produits : loin d'être devenu plus dissuasif, le prix des drogues illicites avait au contraire baissé (herbe de cannabis, héroïne, cocaïne) ou, au mieux, stagné (résine de cannabis, ecstasy). Ces résultats traduisent la difficulté des politiques publiques à peser sur l'offre de stupéfiants.

Les indicateurs relatifs à l'usage de drogues illicites ont également témoigné d'une activité importante des services chargés d'appliquer la loi, visant en particulier les usagers de cannabis : stabilisation des interpellations autour de 140 000 procédures par an (dont 91 % au titre du cannabis), systématisation des sanctions pénales (poursuites ou alternatives aux poursuites), diversification des réponses du système judiciaire aux infractions d'usage, avec notamment la création d'un dispositif nouveau visant les consommateurs occasionnels : le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Les usagers de stupéfiants ont donc été plus souvent contrôlés et ont fait l'objet d'une réponse pénale systématique. La conduite après usage de stupéfiants a aussi été ciblée avec un nombre plus important de contrôles et de poursuites (cf. chapitre 9).

Axe 3 : Soigner, insérer, réduire les risques

En matière de santé, les efforts réalisés sur la période 2008-2011 avaient porté principalement sur l'organisation et le renforcement de l'offre sanitaire et sociale.

En dotant d'une « équipe de liaison » un plus grand nombre d'établissements hospitaliers et en élargissant la couverture des consultations spécialisées, l'hôpital a renforcé sa capacité à développer une stratégie de repérage et de prise en charge précoce, de type opportuniste, auprès des patients admis aux services des urgences en raison de leurs difficultés avec l'alcool ou une autre drogue. La couverture de l'offre des équipes de liaison et de consultations

spécialisées a ainsi été améliorée, sans pour autant atteindre l'exhaustivité des établissements hospitaliers dotés d'un service d'urgences sur la période 2007-2008.

En outre, la couverture des consultations jeunes consommateurs (CJC) s'est élargie pendant les premières années de mise en œuvre du plan gouvernemental. L'objectif a été d'améliorer l'accessibilité de la population jeune à des réponses adaptées et individualisées. Bien que la couverture territoriale en milieu rural se soit améliorée, l'objectif fixé n'a pas été totalement atteint, selon les dernières données disponibles.

Concernant le maillage territorial du dispositif d'addictologie envers les populations en demande de soins, la situation s'est globalement améliorée. Le plan gouvernemental 2008-2011 a impulsé l'expérimentation de réponses innovantes comme, par exemple, de nouvelles modalités de prise en charge des consommateurs de cocaïne ou l'ouverture d'unités pour sortants de prison. Une évaluation de ces mesures spécifiques est actuellement en cours à l'OFDT (Mutatayi *et al.* à paraître). D'autres projets innovants, qui se sont heurtés à des difficultés de financement au niveau régional, n'ont pas pu voir le jour (par exemple, une prise en charge sociale des usagers de drogues accueillis en médecine de ville dans les « réseaux microstructures »). Un autre point à améliorer concerne l'articulation hôpital/CSAPA/médecine de ville qui semble encore faire obstacle à l'efficacité du système de soins, aucune évolution majeure n'ayant été observée sur la période 2007-2008 quant au nombre d'orientations réalisées par l'hôpital ou la médecine de ville vers des structures de soins adaptées.

En matière d'organisation, les anciennes structures spécialisées ont vu leur statut juridique modifié. Leurs missions se sont élargies afin de mieux prendre en charge l'ensemble des addictions. La modification des structures visait à dépasser l'ancien clivage alcool/toxicomanie, une évaluation est en cours pour savoir si les structures ont pu tirer véritablement parti des pratiques impulsées en termes d'échanges d'expériences et de savoir-faire.

Pour tenir compte des surrisques de mortalité, de contamination par les maladies infectieuses ou d'exclusion sociale parmi certaines sous-populations d'usagers de drogues (femmes ou couples avec enfants, sortants de prisons, usagers de crack marginalisés), le plan gouvernemental avait mis en œuvre des mesures spécifiques envers ces publics. De fait, la principale contribution du plan a été de renforcer l'accès aux soins et à l'hébergement à destination de ces groupes d'usagers plus vulnérables. L'offre a ainsi été diversifiée et renforcée. Cependant, les besoins semblent encore très importants, compte tenu des risques auxquels ces populations sont confrontées, de leur grande précarité et de la détérioration de leur état de santé. L'expertise collective de l'INSERM (INSERM 2010), réalisée sous l'impulsion des autorités de santé et inscrite dans le plan 2008-2011, présente envers ces publics des réponses spécifiques qui ont fait leurs preuves à l'étranger. La réduction des risques en milieu pénitentiaire demeure une priorité majeure.

Axe 4 : Former, chercher, observer

Le plan gouvernemental s'était fixé des objectifs ambitieux, à la mesure des enjeux, en matière de recherche et de formation. L'efficacité des actions à conduire nécessite en effet un élargissement et un approfondissement continu des connaissances et des constats partagés. Le plan a cherché à œuvrer aussi bien au niveau des acteurs de la communauté scientifique que des professionnels de santé et des agents ministériels. Par ailleurs, des interventions au profit des disciplines concernées et des domaines d'investigation étaient également programmées. S'agissant des acteurs, les efforts ont ciblé aussi bien leur implication dans la production de connaissances que leur formation. Concernant les domaines d'investigation, le plan s'est efforcé

d'assurer la continuité des travaux sur des champs déjà investigués, mais aussi d'impulser de nouvelles recherches défrichant des champs non encore investis.

Ainsi, des efforts ont été réalisés en matière de renforcement de la communauté scientifique impliquée sur les addictions, dans le domaine de la clinique d'une part et des sciences humaines et sociales d'autre part. Différents leviers ont été mobilisés (appels d'offre, allocations de recherche, mobilisation des agences nationales, partenariats européens et internationaux,...) afin de dynamiser la recherche dans le champ et de la rendre attractive.

Par ailleurs, en plus d'incitations visant la pérennisation de travaux sur les addictions et particulièrement ceux issus de la recherche clinique, le plan gouvernemental 2008-2011 visait à mettre l'accent sur des problématiques nouvelles nécessitant la mise en œuvre de dispositifs de veille ou la conduite de recherches *ad hoc* (jeu excessif, surconsommation de médicaments psychotropes, mortalité liée aux drogues illicites,...).

Parallèlement à ces actions, un volet majeur du plan était d'œuvrer en matière de formation et de professionnalisation des différentes catégories d'acteurs en poste ou en amont de leurs prises de responsabilités. Grâce à une série d'actions visant leur formation initiale, les professionnels de santé ont fait l'objet d'efforts tout particuliers.

L'ensemble des actions menées à destination de la communauté scientifique pourrait utilement être renforcé et inscrit dans la durée. En effet, le champ requiert une production constante et renouvelée de connaissances aussi bien pour éclairer l'action publique que pour améliorer l'efficacité des traitements. De plus, la communauté scientifique, en particulier celle issue des sciences humaines et sociales, est encore trop faiblement mobilisée sur les questions d'addictions.

Axe 5 : Agir au plan international

À l'international, le plan s'était saisi de la présidence française de l'Union européenne afin de renforcer la coordination intra-européenne et d'impulser la création d'outils favorisant la mutualisation des moyens européens dans une perspective opérationnelle (création d'équipes communes d'enquête, pacte européen proposé par la France, ...).

Zone stratégique, le bassin méditerranéen a fait l'objet d'efforts spécifiques aussi bien par l'action déterminée sur les routes de la drogue (création du CECLAD-M) que par le renforcement des capacités des pays voisins pour faire face au phénomène (observatoires nationaux créés dans le cadre du réseau MedNet).

1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues

Dans le cadre de la politique de réduction des risques, l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque sera menée dans la ville de Paris. En 2013, la MILDT a été chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la municipalité dans ses travaux préparatoires, en lien avec les ministères concernés (cf. chapitre 7).

1.3.4. Modalités de la coordination

La MILDT est chargée d'assurer la coordination de la politique gouvernementale en matière de lutte contre les drogues et de prévention des comportements addictifs. Au niveau local, elle s'appuie sur son réseau de chefs de projets.

Coordination interministérielle à l'échelle nationale

Afin d'améliorer la coordination de l'action interministérielle au niveau central, et par la loi de finances rectificative pour 2008⁷² (art. 138), l'État 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. Élaboré annuellement par la MILDT avec le concours des responsables ministériels concernés, le DPT « drogues » retrace l'effort global de l'État en faveur de cette politique interministérielle. Il est réalisé à partir des indicateurs des projets annuels de performances (PAP) liés aux programmes ministériels.

Coordination interministérielle au niveau territorial

Conformément aux orientations fixées par la **circulaire du 14 février 2013**⁷³, le réseau départemental de chefs de projets de la MILDT assure la cohérence entre les actions de réduction de l'offre et celles de réduction de la demande. Ces chefs de projet sont chargés d'élaborer des plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies déclinant les orientations nationales en fonction des caractéristiques des territoires. L'échelon régional permet de mutualiser les financements déconcentrés de la MILDT, tout en maintenant la capacité des chefs de projet départementaux à animer le réseau d'acteurs locaux. Cette organisation vise à assurer la complémentarité entre les missions des agences régionales de santé (ARS) et des rectorats dans la mise en œuvre de leurs actions de prévention et celles impulsées par la MILDT. Ainsi, chaque chef de projet régional perçoit depuis 2013 (exclusivement pour le volet prévention de la lutte contre les drogues et les toxicomanies) une dotation calculée sur des critères objectifs (nombre de départements, population de jeunes, consommations les plus fréquentes des jeunes et infractions à la législation sur les stupéfiants).

1.4. Analyse économique

1.4.1. Dépenses publiques

Les crédits du budget de l'État votés pour mettre en œuvre la politique de lutte contre les drogues et prendre en charge les conduites addictives représentent 1 094 millions d'euros (M€) en 2013 contre 1 108 M€ en 2012 et 1 066 M€ en 2011 (Ministère de l'Economie et des Finances 2012).

En ce qui concerne les dépenses de l'Assurance maladie identifiables dans le champ, le financement des structures d'addictologie (CSAPA, CAARUD et CT) s'est élevé à 334,1 M€ en 2012 contre 318,6 M€ en 2011. Il faut ajouter également une contribution supplémentaire de l'Assurance maladie de 19,9 M€ en 2012, contre 39,6 M€ en 2011, dans le cadre du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 actuellement achevé. L'Assurance maladie a également contribué à hauteur de 16,8 M€ dans le cadre des mesures destinées aux usagers de drogues en prison du plan 2010-2014 « Santé pour les personnes sous main de justice » contre 4,1 M€ en 2011 (Ministère de l'Economie et des Finances 2012).

⁷² Loi n°2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008. JORF n°304 du 31 décembre 2008. (NOR BCFX0826279L)

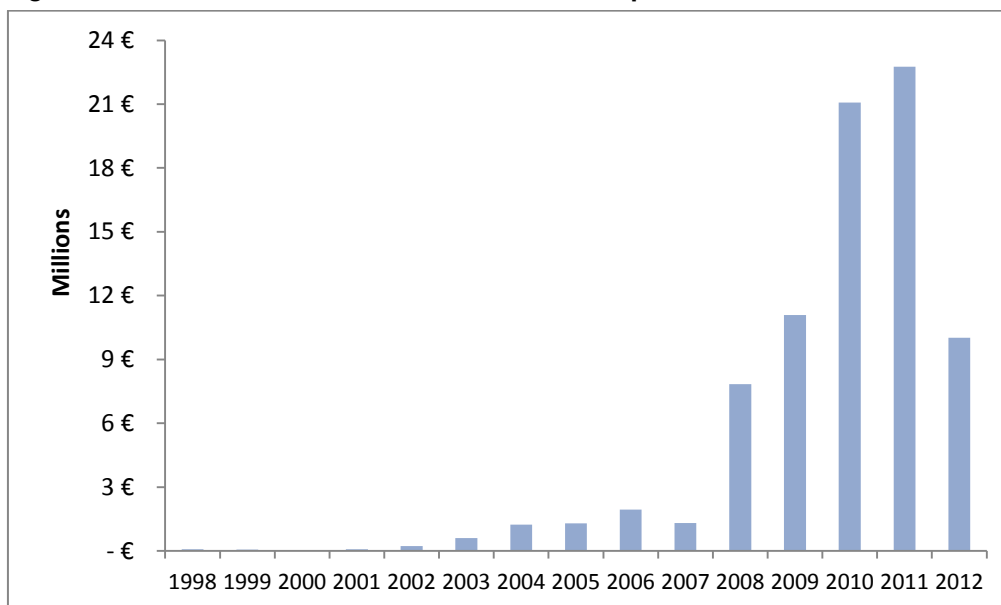
⁷³ Circulaire n°2013-75 du 14 février 2013 relative à l'organisation du réseau territorial de la MILDT

Au total, les crédits prévisionnels déployés par l'État et l'Assurance maladie pour assurer la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention des conduites addictives représentent en 2012 un montant total de 1 479 M€ contre 1 428 M€ en 2011. Ces montants n'incluent pas la contribution de l'Assurance maladie dans le cadre des remboursements des médicaments de substitution, dont les dernières données diffusées portent sur 2010 (le coût du remboursement pour l'Assurance maladie a représenté une dépense de 93,5 M€ en 2010).

1.4.2. Recettes

Sont ici présentées les recettes en provenance du fonds de concours « stupéfiants ». Les bénéfices des cessions des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales d'affaires de stupéfiants sont redistribués par la MILDT aux ministères chargés de la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Figure 1.1 : Évolution du fonds de concours « stupéfiants » entre 1998 et 2012



Source : MILDT

Le fonds de concours « stupéfiants » a été créé en mars 1995⁷⁴ à l'initiative du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie de 1993. La gestion de l'attribution du produit des biens confisqués aux trafiquants demeure la responsabilité de la MILDT. Il résulte des travaux préparatoires du décret du 17 mars 1995 que la répartition entre les différents ministères concernés des sommes affectées au fonds de concours s'établit comme suit : 90 % de la somme doivent être redistribués aux ministères en charge de la lutte contre le trafic et de l'application de la loi, pour financer l'acquisition d'équipements ou de services destinés à la lutte

⁷⁴ Décret n°95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°71 du 24 mars 1995. (NOR BUD9560005D) et Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°226 du 28 septembre 1995. (NOR SANG9502738A)

anti-drogue ; les 10 % restants peuvent servir à financer les actions de prévention menées par la MILDT ou les ministères concernés.

Après une forte augmentation notamment entre 2008 et 2011, la recette du fonds de concours a été de 10,02 M€ en 2012. Depuis sa création, ce fonds a recueilli près de 80 M€.

1.4.3. Coût social

Depuis une dizaine d'années, l'OFDT s'est penché à plusieurs reprises sur l'estimation du coût social des drogues licites et illicites. 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 *Le coût social des drogues* (Kopp *et al.* 2000). Ce premier travail évaluait le coût supporté annuellement par la collectivité à 2 035,24 M€ en 1996. Depuis, d'autres estimations ont été conduites. La nécessité d'une réévaluation permanente a une double explication : elle se justifie par la parution de nouvelles données initialement indisponibles (par exemple les traitements de certaines pathologies) mais aussi par la nécessaire prise en compte de nouvelles méthodes de calcul. Ainsi, l'étude de 2006 évalue le coût social des drogues illicites à 2 824,44 M€ en 2003 (Kopp *et al.* 2006b). Comparativement à l'estimation de 2000, le coût social des drogues illicites n'est multiplié que par environ 1,4. Une nouvelle estimation du coût social lié aux drogues a été confiée à l'OFDT par les autorités sanitaires (Direction générale de la santé) au milieu de l'année 2013.

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

2.1. Introduction

Une des missions de l'OFDT est d'observer les usages de produits licites et illicites et d'en suivre les évolutions à l'échelle nationale. Depuis 1997, il a contribué à la mise en place d'enquêtes quantitatives sur les usages de drogues auprès d'échantillons et/ou sous-échantillons représentatifs de la population française âgée de 12 à 75 ans. Répétées régulièrement, celles-ci permettent aussi de suivre les évolutions des comportements de consommation de substances. Il s'agit donc à la fois de :

- quantifier les niveaux d'usages des différents produits ;
- décrire la diversité de ces usages (notamment distinguer des niveaux d'usage : récent, régulier, quotidien, etc.) ;
- mesurer les liens avec d'autres facteurs ;
- observer des tendances ;
- réaliser des cartographies régionales et départementales ;
- mesurer les représentations, perceptions et opinions sur les psychotropes.

Les enquêtes en population générale permettent d'obtenir des informations surtout sur l'usage simple et sur les drogues les plus consommées. Elles permettent de quantifier l'usage en population socialement insérée. Elles ne sont pas adaptées pour identifier l'usage nocif et la dépendance aux drogues illicites (à l'exception du cannabis, largement consommé) ni l'émergence de nouvelles drogues.

Le recours à d'autres outils complémentaires d'observation de nature différente tels que les dispositifs de veille TREND (cf. Annexe V-TREND) et SINTES (cf. Annexe V-SINTES) de l'OFDT ou la réalisation d'études spécifiques qualitatives ou quantitatives est nécessaire pour atteindre les usagers les plus précaires, observer de manière plus précise les usagers récréatifs et festifs ou améliorer la compréhension des phénomènes par un éclairage qualitatif.

Le dispositif d'enquêtes

Au cœur du dispositif d'enquêtes en population générale, il y a cinq enquêtes régulières, menées auprès des adultes ou auprès des adolescents, selon deux modes de recueil : le téléphone et le questionnaire papier autoadministré. Le premier mode concerne les individus âgés de 15 ans et plus. Deux enquêtes y ont recours. La première est l'enquête de consommation de drogues illicites intégrée dans le Baromètre santé (cf. Annexe V-Baromètre santé). Elle est réalisée tous les 5 ans par l'INPES depuis 1995. Elle interroge les 15-75 ans (15-85 ans en 2010) sur leurs comportements et leurs attitudes de santé. La deuxième est l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) menée par l'OFDT auprès des 15-64 ans.

Ces enquêtes ne permettent pas de décrire toutes les pratiques hétérogènes des sous-populations. D'où le développement d'enquêtes auprès des adolescents, période de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois de l'entrée dans un usage plus régulier. L'OFDT réalise ou apporte son concours (sur le volet drogues) à trois enquêtes auprès de cette population en utilisant le mode de recueil le plus approprié, le questionnaire papier autoadministré. L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, cf. Annexe V-HBSC), menée dans 41 pays ou régions, interroge des jeunes scolarisés de 11, 13 et 15 ans. L'enquête en milieu scolaire European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD, cf. Annexe V-ESPAD) permet d'observer les usages des jeunes de 15-16 ans scolarisés dans 36 pays. Pour pallier les limites de cette enquête en milieu scolaire (absence des adolescents déscolarisés, sous-estimation de l'absentéisme...), l'OFDT a mis en place une enquête auprès des jeunes de 17 ans (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense, ESCAPAD, cf. Annexe V-ESCAPAD) réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC, ex Journée d'appel de préparation à la défense - JAPD). Tous les appelés présents certains jours donnés remplissent un questionnaire sur leur santé et leurs consommations.

Ces trois enquêtes en population adolescente permettent donc d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans, notamment les usages réguliers de cannabis.

Les données de cadrage

Les enquêtes en population générale permettent de donner des ordres de grandeur du nombre de consommateurs (tableau 2.1). Ce sont des données de cadrage et non des estimations exactes.

Parmi les drogues illicites, le cannabis est, de très loin, la substance la plus consommée, avec une estimation de 13,4 millions d'expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie). Son usage régulier concerne plus d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en expérimentation ou en usage dans l'année.

Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du Rectorat de Toulouse)

// : non disponible

Définitions :

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : le nombre d'individus de 11-75 ans en 2011 (date mise à jour du recensement) est d'environ 49,7 millions

Une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable dans ces données de cadrage. Par exemple, en tenant compte de l'intervalle de confiance, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire) (ST1 2013)

Stabilisation des niveaux d'usage du cannabis parmi les 15-64 ans

Le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les adultes âgés de 15 à 64 ans, environ un tiers (32,1 %) déclare avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation concerne davantage les hommes que les femmes (39,5 % contre 25 %). L'usage au cours des 12 derniers mois touche 8,4 % des 15-64 ans (11,9 % des hommes et 5,1 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,6 %.

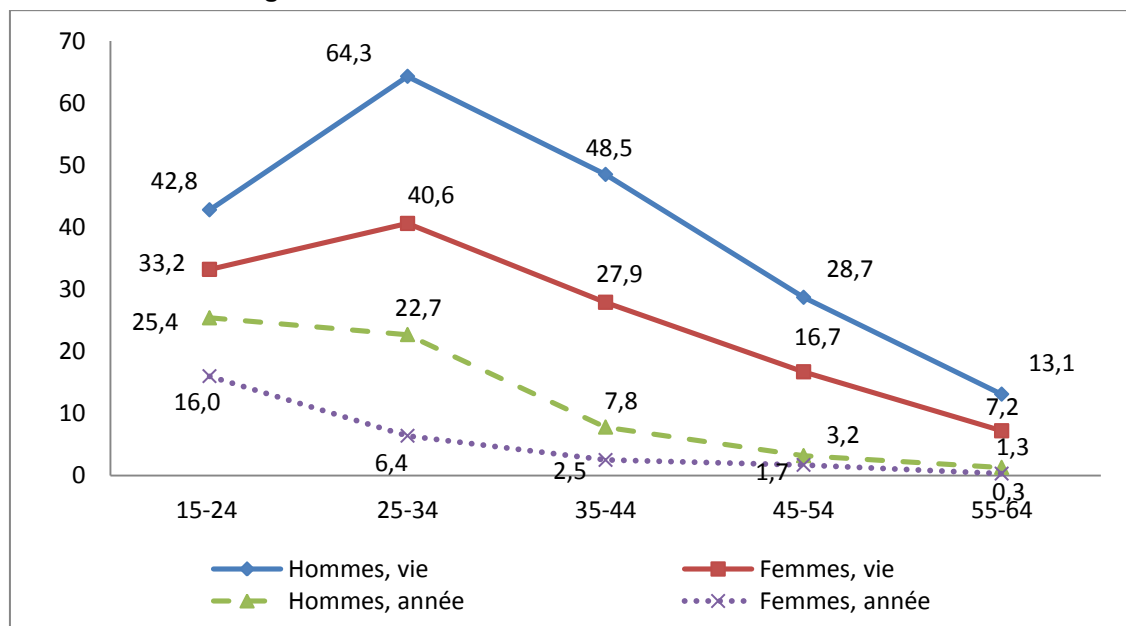
Même si l'expérimentation est passée de 28,8 % à 32,1 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010 (tableau 2.2), la consommation de cannabis s'avère stable. La légère hausse observée est automatique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs.

Ces usages touchent particulièrement les jeunes générations et les prévalences deviennent quasiment négligeables au-delà de 50 ans. Ainsi, l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois précédant l'enquête concerne 20,8 % des 15-24 ans.

En termes de répartition par sexe, la proportion d'individus expérimentateurs de cannabis est maximale chez les hommes de 25 à 34 ans (64,3 %) pour diminuer ensuite jusqu'à atteindre 13,1 % entre 55 et 64 ans (figure 2.1). Chez les femmes, les expérimentatrices de cannabis représentent 37,0 % des 15-34 ans et seulement 7,3 % des 55-64 ans.

Parmi les 15-34 ans, la stabilité des usages de cannabis cache des disparités générationnelles : l'usage au cours des 12 derniers mois est en hausse pour les femmes de 20-24 ans (de 13,0 % en 2005 à 16,4 % en 2010), tandis que le niveau de l'expérimentation est en baisse pour les filles de 15-19 ans et chez les hommes de 15-24 ans.

Figure 2.1 : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, en %, suivant le sexe et l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Hausse significative de l'expérimentation de la cocaïne pour les deux sexes

Depuis le début des années 1990, la disponibilité des substances stimulantes - cocaïne ou drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, etc.) - s'est développée en France. L'émergence puis la diffusion relative de la forme base de la cocaïne⁷⁵, le crack (dont la consommation est néanmoins rare), se sont produites au cours de la même décennie.

Avec 1,5 million d'expérimentateurs de 11 à 75 ans (soit 3 % de la population générale) et 400 000 consommateurs au cours de l'année, la cocaïne se situe au deuxième rang des produits illicites les plus consommés, très loin derrière le cannabis et les substances psychoactives licites. En 2010, 3,6 % des 15-64 ans interrogés par le Baromètre santé l'ont expérimentée et 0,9 % en a consommé au cours de l'année (tableau 2.2). La hausse significative de sa diffusion est très nette. Elle traduit la démocratisation d'une substance autrefois circonscrite à des catégories aisées. Depuis quelques années, des sphères de plus en plus larges de la société l'expérimentent ou la consomment. L'usage au cours de l'année comme l'expérimentation concernent environ trois fois plus d'hommes que de femmes.

⁷⁵ Forme de la cocaïne fumable obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la forme chlorhydrate (poudre) de la cocaïne.

La part des 15-64 ans expérimentateurs de cocaïne a été multipliée par trois en 15 ans, de 1,2 % en 1995 à 3,6 % en 2010. Elle a augmenté d'un tiers entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. L'usage dans l'année a presque doublé entre 2005 et 2010 chez les 15-64 ans, de 0,5 % en 2005 à 0,9 % en 2010, augmentation statistiquement significative (tableau 2.2). La rencontre avec le produit est survenue en moyenne à 23,1 ans.

La tranche d'âge la plus concernée par les usages de cocaïne est celle des jeunes adultes, l'usage se raréfiant au fur et à mesure que l'âge augmente. La part des expérimentateurs de cocaïne est maximale chez les 25-34 ans (7,7 % de l'ensemble, 11,2 % chez les hommes, 4,4 % chez les femmes). Ceux qui ont utilisé le produit au moins une fois au cours de leur vie sont moins nombreux parmi les générations antérieures.

De même, l'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 15-24 ans (1,8 % de l'ensemble, 2,6 % chez les hommes, 1,0 % chez les femmes) pour régresser ensuite et devenir pratiquement nul à partir de 55 ans.

De fortes disparités dans l'usage de la cocaïne existent suivant le milieu socioprofessionnel. C'est parmi les chômeurs que la population d'expérimentateurs est la plus élevée (7,6 %) comparativement aux actifs occupés, aux inactifs et aux élèves et étudiants (4 %). Des régressions logistiques ont été réalisées contrôlant les principales caractéristiques sociodémographiques⁷⁶ liées aux usages. Toutes choses égales par ailleurs, les comparaisons entre les chômeurs et les actifs occupés confirment que les premiers sont davantage expérimentateurs que les seconds et que les élèves et les étudiants ne se distinguent pas des actifs occupés. Cependant, entre 2005 et 2010, la proportion des chômeurs expérimentateurs de cocaïne est restée stable tandis que celle des actifs a augmenté de façon significative (de 2,5 % à 3,8 %).

D'un point de vue qualitatif (données du dispositif TREND), la diffusion de l'usage de cocaïne dans les zones périurbaines et rurales, visible depuis quelques années, se poursuit. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce phénomène, notamment l'émigration des personnes les moins favorisées vers les périphéries lointaines des grands centres urbains. Cette population sociologiquement insérée mais plus fragile sur le plan professionnel est également l'une de celles où l'usage de cocaïne a particulièrement progressé ces dernières années, en particulier du fait de la diffusion de la culture dite « techno ». En outre, la multiplication des micro-réseaux d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent directement auprès de semi-grossistes locaux ou en dehors des frontières permet à la cocaïne d'arriver facilement en tout point du territoire français.

La consommation des autres drogues reste marginale sur l'ensemble de la population des 15-64 ans. Néanmoins, certaines substances ont connu une diffusion croissante depuis 2005.

Héroïne : augmentation de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année

Après une période de stabilité entre 2000 et 2005, les niveaux d'expérimentation et d'usage au cours des 12 derniers mois augmentent en 2010 de façon significative. La prévalence de l'expérimentation d'héroïne passe de 0,8 % en 2005 à 1,2 % en 2010 chez les 15-64 ans. Elle est plus forte chez les hommes (1,8 % en 2010 contre 1,3 % en 2005). Ce sont les moins de 35

⁷⁶ L'ajustement a porté sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et l'équipement téléphonique.

ans qui sont les plus consommateurs : 2,1 % déclarent avoir expérimenté le produit et 0,5 % en a consommé au cours de l'année. La consommation est marginale après 35 ans.

La tendance à la hausse de l'usage d'héroïne en 2010 vient confirmer les observations qualitatives du dispositif TREND qui note, depuis la fin des années 2000, l'élargissement de sa consommation vers des populations insérées (voire « très insérées ») socialement et relativement jeunes, même si ce phénomène reste quantitativement très restreint. L'image de l'héroïne apparaît de moins en moins répulsive pour certains jeunes familiarisés avec les substances psychoactives. Le produit est majoritairement sniffé (ou fumé) par ces nouveaux usagers, qui ne l'associent plus à la déchéance et à la mort, attribuant à tort le risque de surdoses, le sida et la dépendance à la seule pratique de l'injection. La disponibilité des traitements de substitution aux opiacés (TSO) apparaît en outre à ces jeunes usagers comme un « filet de sécurité » au cas où ils deviendraient dépendants.

Augmentation de l'expérimentation de tous les produits à l'exception de l'ecstasy/MDMA, des colles et solvants et de l'amphétamine

L'expérimentation des champignons hallucinogènes connaît une légère hausse pour les deux sexes, mais l'usage au cours des 12 derniers mois reste stable. Les niveaux d'expérimentation de l'amphétamine augmentent peu entre 2000 et 2010, passant de 1,3 % à 1,7 %, mais la hausse est statistiquement significative. L'usage actuel d'ecstasy baisse. La faible qualité des comprimés d'ecstasy, dont la pureté moyenne en MDMA a baissé durant les années 2000 (cf. chapitre 10), en a fait une substance principalement consommée par les usagers festifs les plus jeunes. Les consommations se sont reportées sur les formes poudre (ou gélule) et cristal de la MDMA, mais aussi vers l'amphétamine, la cocaïne ou d'autres stimulants synthétiques.

Hausse des usages de poppers

Dans le Baromètre santé 2010 (Beck *et al.* 2011), les poppers (qui se présentent sous la forme de petites bouteilles à inhaler) représentent la substance psychoactive la plus couramment expérimentée après l'alcool, le tabac et le cannabis : 5,2 % des 15-64 ans déclarent les avoir essayés ; ils étaient 3,7 % en 2005. Beaucoup plus fréquente chez les hommes (7,0 % contre 3,5 % parmi les femmes), l'expérimentation des poppers est maximale parmi les 15-24 ans (8,5 % contre 4,3 % en 2005). En hausse aussi depuis 2005, la part des usagers actuels est passée de 0,6 % à 0,9 % en 2010, plus marquée pour les hommes de 18 à 24 ans. Ce produit a connu un parcours législatif fluctuant entre drogues licites et illicites durant ces dernières années : la décision d'interdire la vente de certaines formes, datant de 2011, a été annulée par le Conseil d'État en juin 2013⁷⁷ (cf. chapitre 1).

⁷⁷ Arrêt n°352484 du Conseil d'Etat du 3 juin 2013 - Annulation de l'arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères.

Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (usage actuel) des produits psychotropes illicites parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2005	2010	2005 vs 2010	2005	2010	2005 vs 2010
Cannabis	28,8	32,1	↗	8,3	8,4	→
Poppers	3,8	5,2	↗	0,6	0,9	↗
Cocaïne	2,4	3,6	↗	0,5	0,9	↗
Champignons hallucinogènes	2,6	3,1	↗	0,3	0,2	→
Ecstasy/MDMA	2,0	2,5	→	0,5	0,3	↘
Colles et solvants	1,7	1,9	→	0,1	0,4	↗
LSD	1,5	1,7	→	0,1	0,2	→
Amphétamines	1,3	1,7	↗	0,1	0,2	↗
Héroïne	0,8	1,2	↗	0,1	0,2	↗

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire) (ST2 2013)

Les résultats des dernières enquêtes HBSC, ESPAD et ESCAPAD présentent des résultats concordants concernant la place particulière de l'usage de cannabis en France parmi la population adolescente. Le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé parmi les adolescents de 11 à 17 ans et surtout parmi les garçons. En termes d'expérimentation, l'usage du cannabis en 2010 est très rare chez les 11 ans, concerne 6,4 % des 13 ans, proportion en hausse par rapport à 2006 (4,8 %) et se stabilise à 28,0 % chez les 15 ans.

Chez les plus âgés, près de deux jeunes sur cinq (39 %) nés en 1995 (16 ans en 2011) ont expérimenté le cannabis, en augmentation par rapport à la dernière enquête ESPAD de 2007 (30 %). Tandis qu'à 17 ans, en 2011, 41,5 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, avec une tendance stable sur la période 2008-2011. Cette stabilité repose sur la poursuite de la baisse chez les garçons et une inflexion à la hausse - non significative - chez les jeunes filles.

Les usages déclarés de cannabis au cours des 30 derniers jours s'avèrent marginaux chez les moins de 15 ans. L'usage se stabilise chez les jeunes de 15 ans (12,5 % contre 14,4 % en 2006, évolution non significative), il concerne 24,0 % de ceux de 16 ans, en hausse significative par rapport à 2007 (15,0 %) et baisse légèrement chez les 17 ans (22,4 % contre 24,7 % en 2008).

La comparaison des résultats des enquêtes chez les jeunes montre des différences : une forte hausse des usages de cannabis au cours du dernier mois dans l'enquête ESPAD 2011 (15-16 ans) (Hibell *et al.* 2012), une stabilité dans l'enquête HBSC 2010 (11, 13 et 15 ans) (Currie *et al.* 2012) et une légère baisse dans l'enquête ESCAPAD 2011 (17 ans) (Spilka *et al.* 2012). Deux éléments sont à considérer pour expliquer ces différences. Premièrement, ces enquêtes étudient des générations distinctes (c'est-à-dire, selon les enquêtes, des jeunes nés au cours d'années différentes). Un effet génération n'est donc pas à exclure. Les prochaines enquêtes devraient permettre de confirmer ou d'infirmer ce point. Deuxièmement, cette augmentation se révèle d'autant plus frappante que le niveau mesuré en 2007 dans l'enquête ESPAD pour le cannabis était particulièrement faible. La baisse entre 2003 et 2007 était considérable et reste

encore aujourd'hui à mieux analyser. De fait, en 2011, les jeunes Français de 15-16 ans retrouvent les niveaux d'usages récents de cannabis mesurés en 1999 et 2003.

En dehors du cannabis, l'expérimentation de drogues illicites ou détournées reste rare. Chez les jeunes de 15 ans, les substances les plus courantes sont les solvants et les produits à inhaler. Viennent ensuite la cocaïne, le crack et les amphétamines, « les médicaments pour se droguer » et, pour terminer, l'héroïne et le LSD.

Les jeunes de 15-16 ans ont aussi stabilisé leurs usages d'autres drogues illicites. Aucune évolution significative n'est à signaler concernant l'expérimentation de ces produits.

Les jeunes de 17 ans sont plus nombreux à avoir expérimenté les produits illicites et ont testé d'autres produits (tableau 2.3) : les poppers (9,0 %), les produits à inhaler (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,5 %), la cocaïne (3,0 %), les amphétamines (2,4 %) et l'ecstasy (1,9 %). Les expérimentations déclarées sont faibles pour le GHB, le crack et l'héroïne. La diffusion de ces produits est globalement en baisse entre 2008 et 2011.

Tableau 2.3 : Évolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2008 et 2011 à 17 ans (% et sex ratio)

	Garçons 2011	Filles 2011	Sex ratio	Ensemble 2011	Ensemble 2008	Évolution (1) (08/11)	Évolution (2) (08/11)
Cannabis expérimentation	44,0	38,9	1,1***	41,5	42,2	-1,7	-0,7
Cannabis mois	26,3	18,5	1,4***	22,4	24,7	-9,3	-2,3
Cannabis régulier (≥ 10 fois par mois)	9,5	3,4	2,8***	6,5	7,3	-11,0	-0,8
Champignons hallucinogènes	4,8	2,1	2,3***	3,5	3,5	0	0
Cocaïne	3,3	2,7	1,2**	3,0	3,3	-9,0	-0,3
Ecstasy	2,2	1,6	1,4***	1,9	2,9	-34,5	-1,0
Amphétamines	2,9	2,0	1,4***	2,4	2,7	-37,0	-0,3
LSD	1,7	0,9	2,0***	1,3	1,2	8,3	0,1
Héroïne	1,0	0,8	1,2***	0,9	1,1	-18,2	-0,2
Crack	0,9	0,7	1,3***	0,8	1,0	-20,0	-0,2

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

1 : Évolution relative enregistrée avec les chiffres exacts (en %).

2 : Évolution absolue enregistrée avec les chiffres exacts (en points).

Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

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

Milieu festif à tendance « électro » : la cocaïne, un dénominateur commun

Les usages en population dite « insérée socialement » ne peuvent se résumer aux personnes qui fréquentent le milieu festif, qu'il s'agisse des manifestations alternatives (*free parties, rave, teknival* ou espace alternatif des festivals) ou de leur versant commercial (boîtes, clubs, bars musicaux). Il faut cependant noter que, dans les classes intermédiaires de la société tout au moins, l'usage régulier de cocaïne va fréquemment de pair avec la fréquentation à un moment ou à un autre du milieu festif. En 2005, l'expérimentation de la cocaïne en poudre concerne 81,1 % des personnes fréquentant les manifestations alternatives⁷⁸ et près de la moitié (48,4 %) de celles rencontrées dans les établissements festifs commerciaux diffusant de la musique « électro ». La rencontre avec la cocaïne a lieu en moyenne à 20,2 ans (Reynaud-Maurupt *et al.* 2007).

Milieu festif gay

À l'issue de l'étude menée en 2007-2008 dans l'espace festif gay des villes de Paris et Toulouse, une veille continue à être menée par exploration ethnographique à Paris. Elle est justifiée d'une part par le rôle d'initiateur de tendance (« trend-setter ») que peuvent jouer les homosexuels masculins, notamment dans le champ des fêtes et des substances, mais également par les pratiques propres ou particulièrement développées dans ce groupe telles que l'usage de substances dans le cadre de l'activité sexuelle. Deux points importants sont évoqués.

Un courant dénommé plans « chem » (pour « chemical plan ») progresse significativement au sein de ce groupe. Il s'agit d'une recherche active de partenaires sexuels, particulièrement sur Internet, fondée sur des critères très précis. Ceux-ci concernent non seulement le type d'actes sexuels souhaités mais aussi les molécules dont la prise va accompagner les pratiques.

Autre pratique, le « slam », employé semble-t-il uniquement en milieu gay. Ce terme désigne l'injection de substances par voie intraveineuse dans le cadre de l'activité sexuelle. Il concerne une frange d'hommes homosexuels ayant le plus souvent entre 30 et 40 ans, mais parfois plus jeunes. Il est réalisé en couple ou en groupe. Il peut constituer l'objectif de la rencontre ou être un élément de celle-ci. Les substances injectées seraient préférentiellement de la cocaïne, de la méthamphétamine ou des drogues achetées sur Internet (méphédrone, NRG3, 4 Mec...). La kétamine est parfois consommée, mais par voie intra musculaire. Le slam est fréquemment lié à des pratiques sexuelles sans protection mais pas uniquement. Il est pour certains l'occasion de s'initier à l'injection. Parmi ces usagers de drogues en contexte sexuel, certains seraient devenus dépendants (Foureur *et al.* 2013; Pfau à paraître).

⁷⁸ L'étude a identifié dans cet espace quatre groupes d'affinité comprenant des personnes se percevant et perçues par les autres comme culturellement proches : alternatif, soirées urbaines, clubbing et select. Ici, les groupes « clubbing » et « select » ont été regroupés dans une catégorie « espace festif commercial ». Les catégories « clubbing » et « select » se différencient notamment par la classe sociale, par le mode d'accession au groupe (cooptation dans la catégorie « select ») et par le fait que le groupe « select » s'avère moins polyconsommateur puisque limitant en général ses usages à l'alcool, au cannabis et la cocaïne. L'espace alternatif draine, outre des personnes parfaitement insérées sur le plan professionnel, une part importante de personnes qui, si elles bénéficient d'un logement, d'un réseau familial et amical, ont une insertion professionnelle plus précaire (« petits boulots », CDD, intérim...) et une frange d'usagers marginalisés.

3. Prévention

3.1. Introduction

Principes généraux et références

En France, la politique de prévention des usages de drogues s'étend aux substances psychoactives licites (telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes). Elle a pour principes premiers d'empêcher l'initiation des consommations, ou du moins la retarder, et d'éviter ou réduire les abus. En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites addictives, relevant plus largement de l'éducation pour la santé.

Depuis 2005, les orientations politiques en prévention sont traduites sous un angle institutionnel et pratique dans le *Guide de prévention des conduites addictives en milieu scolaire*, par le ministère de l'Éducation nationale et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) (DESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) *et al.* 2005; DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) *et al.* 2010). L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) diffuse une information sur les méthodes de prévention scientifiquement validées (Bantuelle *et al.* 2008). Ces documents demeurent indicatifs. Aucun protocole de prévention des usages de drogues n'est imposé aux acteurs de prévention, étatiques ou associatifs.

En l'absence d'un système d'observation adéquat, en France, la mise en œuvre de ces principes et des bonnes pratiques est peu évaluée. Mais certaines idées semblent désormais répandues : les limites d'une approche exclusivement informative et la pertinence du développement de compétences psychosociales, d'une approche interactive ou encore du rôle préventif des parents.

Contextes généraux et principaux acteurs

La mise en œuvre de la prévention des usages de drogues relève de l'État mais peut être déléguée au secteur associatif, selon une logique de proximité.

Les actions réalisées relèvent principalement de la prévention universelle et sont majoritairement menées dans le cadre de l'enseignement secondaire où elles impliquent largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour leur réalisation. Chaque chef d'établissement préside, lorsqu'il est institué, un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Rassemblant la communauté éducative et des acteurs compétents externes, le CESC définit la politique de prévention des addictions et les actions à mener dans les collèges et lycées. Les chefs d'établissements reçoivent les recommandations de leurs administrations locales, déclinées des orientations ministérielles. Néanmoins, ils bénéficient d'une grande autonomie.

Trois grandes catégories d'acteurs interviennent auprès des jeunes : les personnels scolaires d'éducation, de santé ou sociaux ; les intervenants des associations spécialisées de prévention ou d'éducation pour la santé ; les gendarmes et policiers spécialement formés (FRAD, PFAD)⁷⁹.

⁷⁹ FRAD : Formateurs relais anti-drogue, au sein de la gendarmerie nationale ; PFAD : Policiers formateurs anti-drogue

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 ». Il s'agit de 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 citoyen⁸⁰. Parmi elles, les « compétences sociales et civiques » et les compétences « autonomie et initiative » s'apparentent aux aptitudes individuelles et sociales composantes des compétences de vies (*lifeskills*) (Botvin *et al.* 2002) et susceptibles d'être mobilisées par des élèves confrontés à l'offre de drogues.

Les établissements d'enseignement agricole, secondaires et supérieurs, sont aussi relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention, mais sont grandement encouragés à s'y investir par leur ministère de tutelle (ministère de l'Agriculture). Les professionnels de l'enseignement agricole bénéficient depuis 2001 du Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (RESEDA) pour l'échange, la formation et la diffusion d'outils de prévention ou d'appels d'offres en matière d'éducation pour la santé.

L'intervention auprès des étudiants (enseignement supérieur) revient aux services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS). Plusieurs associations ou mutuelles étudiantes sont aussi présentes sur ce terrain.

En milieu professionnel, la prévention des usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes est partiellement encadrée par le Code du travail et le Code de la santé publique. Les politiques mises en place dans les entreprises pour prévenir les risques liés à la consommation de drogues ou d'alcool sont variables. Elles peuvent se limiter à des dispositions particulières du règlement intérieur mais aussi constituer un axe de la politique de prévention des risques de l'entreprise associant les instances représentatives du personnel, dans le cadre de l'obligation légale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. La prévention de la consommation de drogues ou d'alcool sur le lieu de travail est désormais clairement inscrite dans les missions de la médecine du travail (loi du 20 juillet 2011⁸¹, applicable depuis le 1^{er} juillet 2012). La politique de prévention intègre aussi des procédures de dépistage, appliquées par le médecin du travail.

La prévention auprès de publics à risque (prévention sélective) ou de consommateurs (prévention indiquée) est principalement assurée par des associations spécialisées ou des représentants de la loi, notamment dans les quartiers (hors environnement scolaire) ou dans le cadre de réponses judiciaires. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les stages de sensibilisation accueillent ces publics (cf. chapitre 9).

Depuis une dizaine d'années, les campagnes médias des pouvoirs publics sur les drogues sont émises par la MILDT, associée le plus souvent à l'INPES et aux ministères concernés (Santé, Justice). La nature des messages de prévention, des produits mentionnés (approche globale ou non) et des publics ciblés en priorité (jeunes, parents, population générale, professionnels, etc.) évolue selon les orientations gouvernementales. Les supports médiatiques utilisés sont eux aussi divers : Internet et réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés. Les budgets dédiés

⁸⁰ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le Code de l'éducation. JORF n°160 du 12 juillet 2006. (NOR MENE0601554D)

⁸¹ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L)

varient selon les vagues publicitaires. Ces campagnes font la plupart du temps l'objet de pré-tests et parfois de post-tests (audience, mémorisation, agrément).

Observation et données

Il n'existe pas de système d'observation national sur les actions de prévention qui soit transversal aux principaux secteurs actifs dans le domaine. L'enquête expérimentale RELIONPREDIL (cf. Annexe V-RELIONPREDIL), coordonnée de 2006 à 2011 par l'OFDT, n'a pas été reconduite face aux taux de réponse modestes enregistrés de la part des établissements scolaires.

Ainsi, peu de données sont disponibles sur la couverture des actions de prévention en milieu scolaire. L'enquête ESPAD-France 2011 (cf. Annexe V-ESPAD) a néanmoins fourni une indication à ce propos. Selon les déclarations majoritaires des élèves (au moins 7 sur 10) au sein de chaque classe, en mars 2011, 20 % des classes de troisième à la terminale (15-18 ans) avaient reçu une information sur le tabac, l'alcool ou les drogues illicites, dans les six derniers mois. Ce pourcentage atteint 32 % si on comptabilise les classes où ne serait-ce que la moitié des élèves se souvient d'un tel « événement » (Mutatayi 2012).

La synthèse des réponses de prévention menées en France s'appuie sur la consultation de grands acteurs institutionnels et la caractérisation d'actions de terrain repose sur des remontées d'informations parcellaires.

Cadre législatif

Relativement peu de textes de loi encadrent la prévention des usages de drogues. Depuis 2004⁸², les collèges et lycées français ont l'obligation de mener, a minima, 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 ». En matière de tabac et d'alcool, un important cadre législatif en régit la publicité, l'accessibilité et l'usage dans les lieux publics, ainsi que la fiscalité visant à limiter les consommations.

Coordination nationale, locale et financement

Les politiques de prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies par les plans gouvernementaux pluriannuels, coordonnés par la MILDT (cf. chapitre 1). Elles peuvent trouver écho ou être complétées par des programmes ministériels ou des plans nationaux, relevant notamment de l'Éducation nationale ou de la Santé.

Les orientations gouvernementales sont déclinées dans les programmes départementaux de lutte contre les drogues et les dépendances, sous la responsabilité des chefs de projet « drogues et dépendances » (appartenant au corps préfectoral).

Depuis 2007, la vente des biens saisis grâce à la répression du trafic de stupéfiants alimente le fonds de concours drogues géré par la MILDT. Ces fonds sont utilisés à 90 % pour la lutte contre le trafic et 10 % sont destinés à des actions de prévention. Le système national d'assurance maladie subventionne également des actions de prévention, à travers le Fonds

⁸²Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)

national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Parallèlement, 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 des usages de drogues. 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 par ailleurs de diriger des moyens supplémentaires vers des publics défavorisés.

Dispositifs de soutien aux décideurs et aux professionnels

L'INPES a une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes médias).

La MILDT et l'INPES diffusent, sur leurs sites Internet respectifs, un ensemble d'outils de prévention des usages de drogues dont la qualité a été confirmée par des instances de validation respectives (comme la Commission de validation des outils de prévention, jusqu'en mars 2012).

L'UNIRÉS, Réseau des universités pour l'éducation à la santé, propose des formations aux formateurs en éducation à la santé. Il conçoit et met à disposition des outils à destination des formateurs, tels que Profédus, développé par le réseau des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) et l'INPES, mais aussi une plateforme de formation initiale ou continue à distance.

Des organisations fédératives⁸³ représentent les associations spécialisées dans les débats publics. Elles soutiennent les échanges professionnels, mettent aussi en place des formations, cycles de conférences ou groupes de réflexion liés à la réduction de la demande de drogues.

Enfin, dans certaines régions, des structures d'appui technique soutiennent les missions des chefs de projets « drogues et dépendances », par le conseil méthodologique pour le développement de projets, mais aussi par l'observation au plan local des niveaux de consommations et des réponses publiques.

3.2. Prévention environnementale

3.2.1. Mesures de prévention environnementale en matière d'alcool et de tabac

L'alcool et le tabac font l'objet d'un contrôle ancien et régulièrement étoffé du commerce, de la distribution et de la consommation. Depuis le XIX^e siècle, la législation française régit le commerce et la distribution d'alcool, initialement pour des raisons fiscales et d'ordre public. À partir des années 1960, des considérations de santé publique influencent le cadre juridique. La première loi française limitant la publicité relative au tabac et l'usage dans les lieux publics et inaugurant des mesures d'information du consommateur sur les risques associés remonte au 9 juillet 1976⁸⁴ (dite loi Veil). La loi du 10 janvier 1991⁸⁵ sur la lutte contre le tabagisme et

⁸³ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé ; Fédération addiction (www.federationaddiction.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida (www.lecrips.net/reseau.htm).

⁸⁴ Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. JORF du 10 juillet 1976

l'alcoolisme, dite loi « Évin », complétée par le décret du 29 mai 1992⁸⁶, consolide les objectifs de santé publique promus par la loi de 1976 ou l'ordonnance de 1960⁸⁷ sur la lutte contre l'alcoolisme. Elle interdit notamment de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (sauf où cela est explicitement autorisé), elle réglemente la composition des produits du tabac et encadre leur publicité et leur fiscalité. La loi Évin a également limité les conditions de publicité et de commercialisation de l'alcool.

La restriction de l'usage a été renforcée ces dix dernières années, notamment à l'égard des jeunes. Aujourd'hui, le Code de la santé publique (CSP), récemment modifié par la loi du 21 juillet 2009⁸⁸ (dite loi HPST), restreint l'accessibilité des boissons alcoolisées et des produits du tabac et établit les grands principes de prévention et de prise en charge socio-sanitaire qui y sont attachées.

Fiscalité

Alcool

Le régime fiscal appliqué en France aux alcools et aux boissons alcoolisées respecte la taxation minimale déterminée par le Conseil de l'Europe⁸⁹. Il varie selon cinq catégories : vins, bières, autres boissons fermentées (cidre, etc.), produits intermédiaires (vin doux, etc.) et enfin autres alcools, essentiellement les spiritueux.

Les boissons alcoolisées sont soumises à des droits d'accise (droit de consommation ou droit de circulation), variables selon le type de produit et le degré alcoométrique. S'ajoute la TVA de 19,6 % (également appliquée sur les droits d'accise). En vertu d'objectifs spécifiques de santé publique, certaines boissons alcoolisées sont soumises à une taxation complémentaire. C'est le cas de la taxe sur les premix, fixée à 11 € par décilitre d'alcool pur. Une cotisation sociale est en outre appliquée aux boissons titrant plus de 18 ° d'alcool en volume⁹⁰. Le produit total des droits d'accise et de la cotisation sociale sur les alcools alimente les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles et, à ce titre, leurs créations ou modifications sont incluses dans les projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) votés par le Parlement. Les droits sur les boissons alcoolisées sont relevés chaque année, par arrêté ministériel, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation, hors tabacs, constaté l'avant-dernière année.

Bien qu'ils ne représentent qu'un quart des volumes d'alcool pur vendus en France, contre 58 % pour les vins, les spiritueux, fortement taxés, sont à l'origine de 82 % des recettes fiscales sur les alcools (Palle 2013). Par ailleurs, leur usage est relativement répandu chez les adolescents.

⁸⁵ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF n°10 du 12 janvier 1991. (NOR SPSX9000097L)

⁸⁶ Décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. JORF n°125 du 30 mai 1992. (NOR SANP9201055D)

⁸⁷ Ordonnance n°60-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme. JORF du 30 novembre 1960

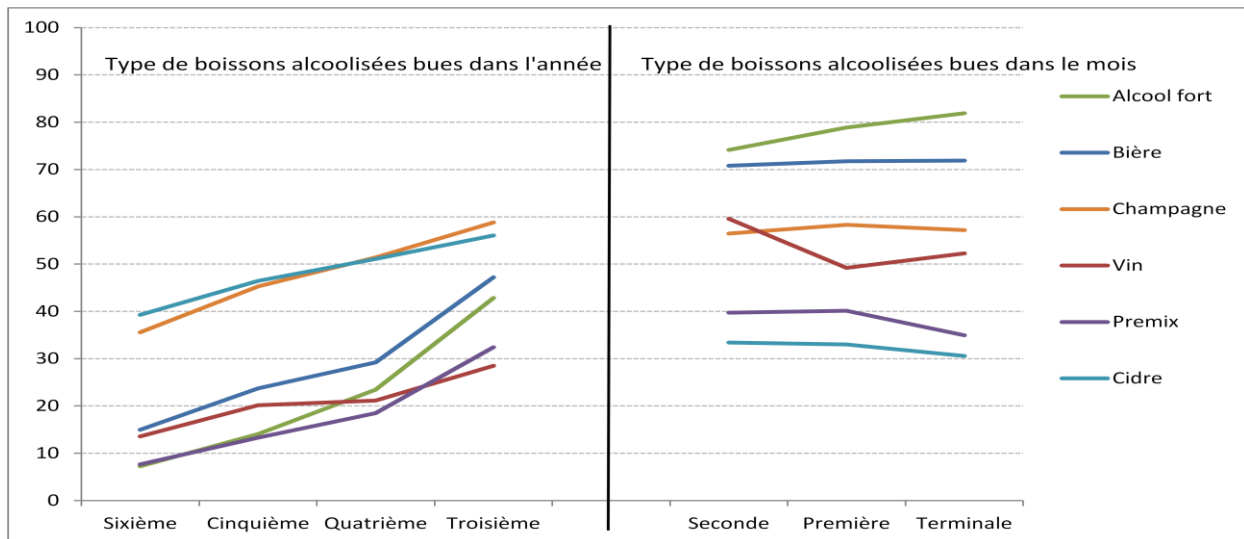
⁸⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L)

⁸⁹ Directive n°92/83/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques. JOUE n°L/316 du 31 octobre 1992 et Directive 92/84/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées. JOUE n°L/316 du 31 octobre 1992

⁹⁰ Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. JORF n°296 du 22 décembre 2011. (NOR BCRX1125833L)

En effet, les consommations de bière et de spiritueux augmentent fortement parmi les jeunes dès la fin du collège (en quatrième et troisième, 14-15 ans) pour atteindre les niveaux les plus hauts durant les « années lycées » (Spilka *et al.* 2013). De la seconde à la terminale (16-18 ans), bière et spiritueux sont les boissons alcoolisées les plus fréquemment consommées dans le mois (respectivement 78 % et 72 % des lycéens) (figure 3.1).

Figure 3.1 : Types de boissons alcoolisées bues dans l'année ou dans le mois par les adolescents en France, selon la classe (%)



Sources : HBSC 2010 ; Espad 2011 (OFDT, Inserm)

Les recettes fiscales perçues sur la consommation de vin représentent 4 % de l'ensemble et ont baissé de 10 % entre 2000 et 2011, alors que celles sur les spiritueux ont augmenté d'un peu plus de 10 % (Palle 2013). Fin 2012, un litre d'alcool pur supporte une taxe d'environ 22 € s'il est consommé sous forme de spiritueux, de 7,2 € sous forme de bière et de 37 centimes si c'est du vin. Au 1^{er} janvier 2013, les droits d'accise relatifs aux spiritueux sont passés de 1 660 € à 1 689 € par hectolitre d'alcool pur et la cotisation sociale sur les boissons alcooliques d'un titrage supérieur ou égal à 18 ° a été fixée à 542,33 € par hectolitre d'alcool pur, contre 533 € en 2012 (tableau 3.1). La fiscalité de la bière s'est quant à elle accrue de 160 % soit, pour le consommateur, 5 centimes d'euro de plus pour un verre de 25 cl titrant 4,5 °.

Tableau 3.1 : Taxation des alcools entre 2011 et 2013

		2011	2012	2013
Droits d'accise	Alcools (spiritueux)	1514,47 €/hlap*	1660 €/hlap*	1689,05 €/hlap*
	Vins tranquilles		3,60 €/hl	3,66 €/hl
	Bières moins de 2,8% vol	1,36 €/hl	1,38 €/hl	3,60 €/hl
	Bières plus de 2,8% vol**	2,71 €/hl	2,75 €/hl	7,20 €/hl
Cotisation sociales (titrage $\geq$ 18 ° à partir de 2012)	Alcools (spiritueux)	1,6 €/l (titrage $\geq$ 25 °)	533 €/hlap*	542,33 €/hlap*

Source : Arrêté du 15 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 402 bis, 403 et 438 du Code général des impôts ainsi que le tarif des contributions prévues aux articles 520 B et 520 C du Code général des impôts. JORF n°299 du 23 décembre 2012. (NOR BUDD1242585A)

* hlap : hectolitre d'alcool pur

** Régime général

Tabac

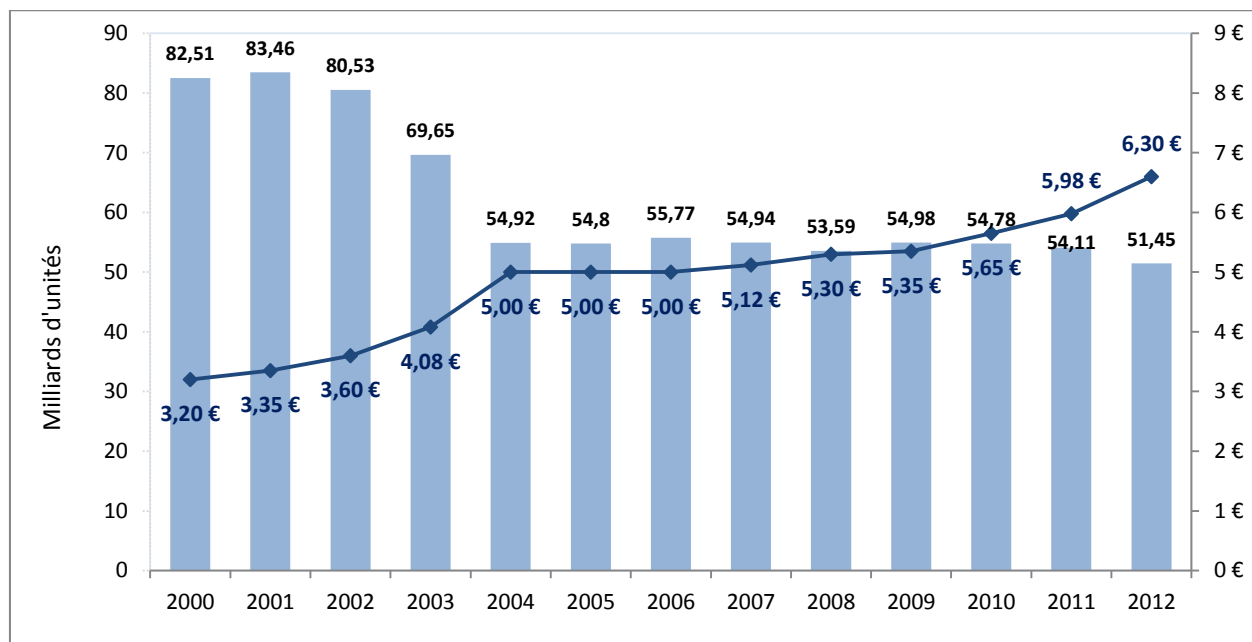
Le tabac est exclu de la liste des produits de consommation pris en compte dans l'indice des prix, ce qui a permis des augmentations régulières de son prix, en vue d'en freiner la consommation.

Les produits du tabac sont soumis à une taxation *ad valorem* : la TVA (19,6 %) et des droits de consommation proportionnels au prix moyen pondéré de vente au détail pour tous les produits sauf les cigarettes. Pour les cigarettes, les taxes se décomposent en une part spécifique pour 1 000 cigarettes quel que soit leur prix (27,58 €) et une part proportionnelle au prix de vente au détail (54,57 %, soit 5,70 € par paquet de 20 unités), combinée à la TVA.

Pour chaque produit du tabac, un prix de détail (par 1 000 unités ou 1 000 g) est fixé pour l'ensemble du territoire. Il est déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés au dessus du prix minimum fixé par l'État. Il est applicable après avoir été homologué, par décret, et ne peut pas être inférieur à la somme du prix de revient et de l'ensemble des taxes.

Les cigarettes vendues en France sont parmi les plus chères d'Europe (Lermenier 2013). Le prix du tabac a connu de fortes hausses en 2003 (augmentations successives de 8 % en janvier et de 18 % en octobre) et en 2004 (+ 9 %). Depuis, les augmentations intervenues en 2007, 2009, 2010, 2011 et 2012 (toutes de l'ordre de 6 %) ont fait passer le prix du paquet le plus vendu à 6,60 euros. Malgré cela, on assiste à une relative stagnation des ventes de cigarettes dans le réseau de vente officiel jusqu'en 2012, où elles connaissent leur plus forte baisse depuis 2005 (figure 3.2). Les fortes hausses de prix de 2003-2004 ont initié un report des consommateurs de cigarettes vers le tabac à rouler, qui se confirme depuis : ses ventes ont progressé de 18 % entre 2007 et 2012.

Figure 3.2 : Ventes de cigarettes et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue entre 2000 et 2012



Sources : Altadis, DGDDI

En 2012, les produits du tabac ont généré en France un chiffre d'affaires de 17,9 milliards d'euros, dont 8,6 % sont revenus aux buralistes, 13 % aux fabricants et aux distributeurs et près de 78,5 % à l'État sous forme de recettes fiscales (Lermenier 2013). L'État français a ainsi perçu 14 milliards d'euros de taxes (TVA comprise) en 2012, soit 1,8 % de plus que l'année précédente.

Contrôle de la vente et de la distribution (composition, conditionnement)

Alcool

La production et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées par le Code de santé publique (qui a intégré en 2000 la totalité du Code des débits de boissons et de la lutte contre l'alcoolisme, créé en 1954). Elles sont interdites en France pour les apéritifs à base de vin de plus de 18 ° d'alcool, les spiritueux anisés de plus de 45 °, les bitters et autres boissons de plus de 30 °.

Depuis octobre 2007, toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées commercialisées en France, y compris celles importées, comportent un pictogramme ou un message sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes (art. L.3322-2 du CSP). Les deux formes sont régies par des critères de lisibilité, visibilité et intelligibilité définis par l'arrêté du 2 octobre 2006⁹¹.

⁹¹ Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. JORF n°229 du 3 octobre 2006. (NOR SANX0602395A)

La vente d'alcool est soumise à autorisation depuis 1941⁹². On distingue ainsi quatre licences pour les débits de boissons à consommer sur place et deux pour les débits de boissons à emporter et les restaurants, selon les catégories d'alcools vendues. Seule la licence IV donne droit à la vente de tout type de boissons alcoolisées (OFDT 2012).

Depuis la loi HPST en 2009, le Code de santé publique prohibe la vente au forfait et la gratuité des boissons alcooliques dans un but commercial (sauf lors des fêtes ou foires traditionnelles où les dégustations demeurent autorisées). Cette interdiction vise spécialement la pratique commerciale communément appelée « *open bars* » (entrées payantes, avec boissons à volonté) (art. L.3322-9 du CSP). Lors des « *happy hours* » (heures pendant lesquelles les boissons alcoolisées sont proposées à moindre coût), il est obligatoire de proposer également des boissons sans alcool à prix réduit (art. L.3323-1 du CSP).

La vente d'alcool est restreinte dans les stations-services : auparavant permise entre 6 h et 22 h, elle ne l'est plus qu'entre 8 h et 18 h. Il est également strictement interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées, destinées à une consommation immédiate, dans les points de vente de carburant (art. 94).

Tabac

En France, les produits du tabac ne peuvent légalement être achetés qu'auprès d'un réseau de revendeurs autorisés (préposés de l'État). L'achat de tabac par Internet ou tout autre réseau télématique (téléphone, fax, etc.) est donc interdit quel que soit le lieu d'implantation du vendeur (art. 568 ter du Code général des impôts).

Plusieurs dispositions légales régulent le conditionnement ou la composition des produits du tabac, notamment les formes qui apparaissent comme les plus attractives pour les jeunes. Ainsi, la vente de paquets de moins de 20 cigarettes⁹³ et de cigarettes aromatisées, dites « cigarettes-bonbons » (parce que présentées dans des paquets aux couleurs attractives et vantées pour leur goût sucré et leur arôme), sont interdites.

Les paquets de cigarettes tout comme les emballages des autres produits du tabac comportent obligatoirement la composition, la teneur moyenne en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone, ainsi que l'avertissement « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Depuis avril 2012, pour tous les produits du tabac, les paquets doivent également comporter un message sanitaire sous forme d'une photographie couleur commentée, sur 40 % du verso, ainsi que le numéro court de la ligne téléphonique Tabac info service⁹⁴. De plus, ces emballages ne peuvent pas comporter de textes ou de signes figuratifs indiquant une nocivité moindre par rapport à d'autres produits du tabac.

La teneur maximale en goudron, fixée à 15 mg en 1991 par la loi Évin, n'a cessé de diminuer depuis : elle est de 10 mg par cigarette aujourd'hui. Elle est fixée par arrêté du ministre de la Santé.

⁹² Loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme. JORF du 8 octobre 1941

⁹³ Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. JORF n°178 du 3 août 2003. (NOR SANX0306354L)

⁹⁴ Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac. JORF n°92 du 20 avril 2010. (NOR SASP0931273A)

Zones protégées dans les lieux accueillant du public et les lieux de travail

Alcool

L'exploitation d'un débit de boissons peut être interdite par arrêté préfectoral sur le périmètre de « zones protégées » (établissements scolaires, espaces culturels ou sportifs, lieux de culte, hôpitaux, établissements de formation ou de loisirs de la jeunesse), sous peine de sanctions pénales (art. L.3335-1 du CSP). Ces arrêtés sont obligatoires s'agissant des établissements sanitaires et des installations sportives.

L'ivresse publique et manifeste est actuellement passible d'une contravention de 2^e classe (150 € d'amende). Le contrevenant est susceptible d'être retenu au poste de police le plus proche jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison. L'ivresse dans une enceinte sportive constitue un délit passible d'emprisonnement, notamment en cas de violences. Cependant, les buvettes, interdites en 1991, ont été réintroduites dans les stades en 1998.

Le Code du travail interdit la présence de personnes en état d'ébriété dans les locaux professionnels et la possibilité d'introduire de l'alcool dans l'entreprise se limite aux seules boissons fermentées (vins, bières, cidres). Les boissons alcoolisées sont interdites dans les distributeurs automatiques et le cadre général de leur consommation et de leur circulation est délimité par le chef d'entreprise à travers le règlement intérieur, sans pouvoir interdire toute introduction d'alcool. Ce règlement intérieur doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie. En vertu des libertés individuelles, le recours à l'alcootest auprès d'un salarié ne peut s'appliquer que pour prévenir ou faire cesser une situation périlleuse, liée à la manipulation de machines ou de produits dangereux ou à la conduite d'un véhicule automobile, de transport collectif notamment⁹⁵. Le dépistage de l'alcoolémie n'est pas obligatoirement pratiqué par un médecin. Il ne peut pas être utilisé par l'employeur pour faire constater une faute du salarié.

Tabac

Le Code de santé publique interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, les lieux de « convivialité » (bars, hôtels, restaurants, casinos, discothèques, etc.), les établissements de santé, les transports en commun, toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées (publics et privés) et des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs, y compris les endroits ouverts tels les cours d'établissements scolaires (art. R.3511-1 du CSP)⁹⁶. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.

Protection des mineurs

Alcool

Les pouvoirs publics se sont très tôt mobilisés pour limiter les pratiques d'alcoolisation excessive des jeunes générations, notamment par l'adoption de dispositions réglementaires destinées à restreindre l'accès à l'alcool. Jusqu'à la loi HPST de 2009, la vente d'alcool était interdite aux mineurs de moins de 16 ans. Depuis, l'ensemble des mineurs est concerné par cette interdiction

⁹⁵ Circulaire DRT n°83-5 du 15 mars 1983 relative à l'application des articles 1 à 5 de la loi du 4 août 1982 concernant les libertés des travailleurs dans l'entreprise. BO Emploi n°16 du 21 mai 1983

⁹⁶ 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. JORF n°265 du 16 novembre 2006. (NOR SANX0609703D)

et toute forme d'offre de boisson alcoolisée à leur profit (y compris à titre gratuit) est proscrite dans les débits de boissons, commerces et lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité. Le non-respect de l'interdiction de vendre (sur place ou à emporter) ou d'offrir à titre gratuit (à volonté ou non) des boissons alcooliques est puni de 7 500 € d'amende. Des peines complémentaires sont aussi prévues : l'interdiction temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons, pour une durée d'un an au plus, et l'obligation d'accomplir un stage de responsabilité parentale (art. 131-35-1 du Code pénal). En cas de récidive, les contrevenants encourent une sanction d'un an d'emprisonnement et une amende de 15 000 €.

Tabac

La loi française interdit aujourd'hui de vendre ou d'offrir à titre gratuit des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguillé, tabac à pipe, cigares, cigarillos, etc.) ou leurs ingrédients – y compris le papier et le filtre – aux moins de 18 ans et non plus seulement aux moins de 16 ans (art. 3511-2-1 du CSP). Le vendeur peut exiger de l'acheteur la présentation d'une pièce d'identité. Une affiche rappelant l'interdit doit être placée à la vue du public dans les débits et chez les autres revendeurs de tabac autorisés.

Les infractions sont passibles des amendes prévues pour les contraventions de 2^e classe (pouvant atteindre 150 €), sauf si le contrevenant apporte la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du mineur.

Alcool et sécurité routière

La conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965⁹⁷ en France. Depuis 1995⁹⁸, l'alcoolémie légalement tolérée pour tout conducteur de véhicule est fixée à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré). Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction relevant, selon le niveau d'alcoolémie constaté, du tribunal de police ou du tribunal correctionnel. Elle est passible, entre autres, d'une peine d'amende (de 135 € à 4 500 €), du retrait de points du permis de conduire, de la suspension ou du retrait du permis, voire d'une peine de prison. En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre 10 ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Restriction de la publicité

Alcool

La propagande ou la publicité en faveur des boissons alcoolisées supérieures à 1,2 ° sont interdites sur certains supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs (télévision, cinéma). Elles sont en revanche autorisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de publipostage, à la radio (pour certaines catégories et des tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'État) et dans les manifestations telles que les foires agricoles. En 2009, la loi HPST a permis la publicité en ligne pour les boissons alcoolisées, sauf sur les « sites destinés à la jeunesse ». Les messages ne doivent pas avoir de caractère intrusif, laudatif, ni incitatif à la consommation.

⁹⁷ Loi n°65-373 du 18 mai 1965 modifiant l'article L.1er du Code de la route. JORF du 20 mai 1965

⁹⁸ Décret n°95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R.233-5, R.256 et R.266 du Code de la route. JORF n°201 du 30 août 1995. (NOR EQU9500428D)

La publicité est limitée dans sa forme : les documents promotionnels ne peuvent mentionner que le nom du produit, sa présentation, ses conditions de vente, son mode de consommation et la zone de production. Tout message publicitaire doit mentionner que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé. Néanmoins, en 2005, le législateur a assoupli les règles encadrant la publicité collective pour le vin, en autorisant la référence aux caractéristiques olfactives et gustatives des produits.

Les transgressions sont passibles d'une peine de 75 000 € d'amende et de l'équivalent de 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée. Les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites : ce sont généralement les associations de lutte contre l'alcoolisme qui se constituent partie civile.

Tabac

La promotion et la distribution gratuite ou à moindre coût sont interdites, sauf pour les débits de tabac et pour les publications professionnelles ou à disposition exclusive du public non ressortissant de l'Union européenne (UE). Depuis mai 2006, sont également prohibées la publicité et la propagande indirectes, par le biais de produits dérivés rappelant le tabac ou un ingrédient « par son graphisme, sa présentation ou autre signe distinctif ».

Les chaînes de télévisions françaises peuvent retransmettre des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée. Néanmoins, le plan cancer 2009-2013 avance comme objectif « de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision ».

Le parrainage en faveur du tabac est également interdit. Les infractions sont punies d'une amende de 100 000 €. Celle-ci peut être portée au delà de cette somme dans la limite de 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale (art. L.3512-2 du CSP). Les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile et sont souvent très actives dans la poursuite des infractions.

3.2.2. Autres changements d'ordre social ou normatif

Toute personne qui souhaite vendre de nuit (de 22 h à 8 h) des boissons alcooliques à emporter est tenue de suivre une formation sur les droits et obligations attachés à cette activité (art. L.3331-4 du CSP), sous peine d'une amende de 3 750 €.

La loi HPST (art. 95) renforce également les pouvoirs des agents de contrôle et les compétences des mairies pour interdire la vente d'alcool à emporter de nuit (entre 20 h et 8 h). Les infractions aux interdictions fixés par arrêté municipal donnent lieu à une contravention de 4^e classe. Lors des dernières années, plusieurs initiatives de « chartes de la vie nocturne » sont nées, entendues entre décideurs locaux (préfectures ou mairies) et exploitants des débits de boisson, afin de réduire les risques de violence et le risque routier.

Tous les débits de boissons susceptibles de fermer entre 2 h et 7 h doivent tenir à la disposition du public des dispositifs chimiques ou électroniques certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique (arrêté du 24 août 2011⁹⁹).

Prévention de la violence et climat scolaire

En 2012, le ministère de l'Éducation nationale a développé plusieurs dispositifs de prévention de la violence en milieu scolaire, susceptibles d'impacter la prévention des usages de drogues dans les établissements. En septembre 2012, 500 assistants chargés de prévention et de sécurité sont détachés dans les établissements scolaires les plus exposés aux phénomènes de violence. Leur mission est de contribuer à l'analyse de la situation des établissements afin de favoriser la conduite d'une politique de prévention et l'amélioration du climat scolaire. Ce dispositif vient compléter celui des équipes mobiles de sécurité¹⁰⁰, mis en place à partir de 2010¹⁰¹.

En novembre 2012, une délégation chargée de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire est installée au sein du ministère de l'Éducation nationale. L'un de ses objectifs est de forger un climat scolaire apaisé et serein, vu comme un moteur de réussite scolaire et de réduction des inégalités sociales¹⁰².

3.3. Prévention universelle (SQ25 2013)

L'année 2012 a constitué une période de transition, dans l'attente des nouvelles orientations de la politique de lutte contre les comportements addictifs. Elle n'a pas donné lieu à de nouveaux développements dans le domaine de la prévention des usages de drogues. Les grandes lignes de l'action gouvernementale en matière de prévention universelle, sélective ou indiquée sur les dernières années sont résumées dans l'édition précédente (2012) du rapport national. Sont reportés ici les quelques faits marquants, intervenus de 2012 au printemps 2013, porteurs de changements à court ou moyen termes.

La MILDT a engagé une série de consultations auprès des grands acteurs nationaux, afin de mieux circonscrire les priorités de l'action gouvernementale en matière de prévention, de prise en charge socio-sanitaire et de répression liées aux comportements addictifs. Les ministères s'accordent de plus en plus sur le besoin de diriger l'action publique vers des réponses programmées, structurées et basées sur des données scientifiquement validées.

Dans cette dynamique, la MILDT a saisi au début de l'année 2013 l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour coordonner une expertise collective sur les addictions parmi les jeunes (à paraître), qui doit également se pencher sur les réponses

⁹⁹ Arrêté du 24 août 2011 relatif aux conditions de mise à disposition de dispositifs certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique dans les débits de boissons en application de l'article L. 3341-4 du code de la santé publique. JORF n°228 du 1 octobre 2011. (NOR DEVS1121148A)

¹⁰⁰ Équipes pluridisciplinaires (personnels de l'éducation, enseignants, policiers, gendarmes, médiateurs, etc.) qui, en cas de fortes tensions ou de crise liée à l'insécurité, aide les établissements à rétablir la protection des personnes (élèves et personnels) et des biens et à améliorer la prise en charge des élèves ayant des conduites problématiques.

¹⁰¹ Circulaire n°2010-25 du 15 février 2010 relative au plan de sécurisation des établissements scolaires : actions prioritaires. BO Éducation nationale n°10 du 11 mars 2010. (NOR MENE1003863C)

¹⁰² <http://www.education.gouv.fr/cid68983/prevention-et-lutte-contre-les-violences-en-milieu-scolaire%A0-%A0point-d-etape.html> [Dernier accès le 29/07/2013]

préventives à leur égard. L'année précédente, une enquête qualitative s'est également intéressée aux motivations des jeunes dans leurs comportements addictifs.

L'ensemble de ces éléments a permis d'alimenter les réflexions pour l'élaboration du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives, rendu public en septembre 2013.

Sur la même période, plusieurs cadres de réflexion ont été initiés, directement ou indirectement liés à la problématique des drogues et de leur prévention.

3.3.1. Milieu scolaire

En 2012, la prévention des conduites addictives n'a pas donné lieu à des mesures particulières mais des développements intéressants sont intervenus dans des domaines connexes.

Ainsi, le 5 juin 2013, l'Assemblée nationale (puis le Sénat le 25 juin) a adopté en deuxième lecture le projet de loi de refondation de l'École de la République, qui institue la promotion de la santé des élèves comme une des missions de l'Éducation nationale, participant à la réussite et à la réduction des inégalités en matière de santé. Selon la loi du 8 juillet 2013¹⁰³, la promotion de la santé repose sur des actions de prévention et d'information, ainsi qu'un suivi médical des élèves, afin, entre autres, de dépister les troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, de responsabiliser les élèves face aux risques sanitaires et ainsi de prévenir et réduire les conduites addictives et la souffrance psychique.

La réflexion menée au sein du ministère sur le climat scolaire, notamment dans le cadre de la délégation ministérielle de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire, met en exergue le morcellement des réponses préventives sur les conduites à risques (drogues, violence, intimidation/harcèlement, sexualité, etc.).

3.3.2. Familles

/

3.3.3. 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 et du monde du travail.

Chaque année en France, près de 4 millions d'enfants et d'adolescents sont accueillis en milieu collectif de loisirs. Le ministère chargé de la jeunesse et la MILDT ont également publié en 2012 un guide destiné aux organismes de formation des animateurs encadrant des enfants et des adolescents, afin de faciliter la mise en place d'actions de sensibilisation dans les différents cadres de loisirs éducatifs des jeunes (accueil périscolaire, centres de vacances, etc.) (DJEPA-MILDT 2012). De plus, depuis janvier 2012, la formation au brevet d'aptitude aux

¹⁰³ Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°157 du 9 juillet 2013. (NOR MENX1241105L)

fonctions d'animateur (BAFA) intègre un volet sur la prévention des conduites addictives et sur les pratiques sexuelles, afin de préparer les futurs animateurs à apporter une réponse adaptée aux situations à risque des mineurs auxquelles ils seront confrontés.

3.3.4. Milieu de travail

De 2010 à 2012, d'importants efforts ont été fournis pour promouvoir le développement de la prévention des addictions en milieu professionnel : des assises nationales sur le thème « Drogues illicites et risques professionnels », le 25 juin 2010, à la parution d'un guide élaboré sous le pilotage de la Direction générale du travail et de la MILDT, en janvier 2012, sous le titre « Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel » (DGT-MILDT 2012) .

Les politiques de prévention ont évolué principalement dans certains secteurs et métiers à risques.

L'avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), en mai 2011¹⁰⁴, a ouvert la voie à des négociations par entreprise et par branche sur la nécessité de la prévention et de l'encadrement des modalités du dépistage des salariés.

3.4. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques (SQ26 2013)

3.4.1. Groupes à risque

/

3.4.2. Familles à risque

/

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

/

3.5. Prévention indiquée (SQ26 2013)

/

3.6. Campagnes media nationales et locales

/

¹⁰⁴ Avis n°114 du 5 mai 2011. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Paris, Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), 2011, 29 p.

4. Usage problématique

4.1. Introduction

La France dispose depuis le milieu des années 1990 d'estimations nationales du nombre d'usagers problématiques de drogues. La dernière estimation établie par l'OFDT (étude NEMO, cf. Annexe V-NEMO) porte sur des données 2011 et fait suite à celles précédemment établies en 1995, 1999 et 2006. La définition de l'usage problématique de drogues a cependant évolué entre les différentes études : en 1995 le critère d'inclusion dans cette catégorie était l'usage d'opiacés ; en 1999 ce critère a été élargi à celui de la cocaïne. La définition proposée par l'OEDT en 2004 a été adoptée pour les estimations de 2006 et 2011 : la notion d'usagers problématiques de drogues comprend les usagers, âgés de 15 à 64 ans, de toutes drogues par voie intraveineuse et les usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines. Il existe cependant une légère différence entre l'approche utilisée en France et les recommandations de l'OEDT. Dans les études menées en 2006 et 2011, sont considérés comme usagers problématiques tous les patients ayant consommé les substances mentionnées ou utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours. L'utilisation de ce critère d'inclusion ne permet cependant pas de savoir si cet usage dure depuis un an, condition qui figure dans le protocole européen. L'objectif de ce critère était probablement d'exclure les usagers « occasionnels ». En pratique, la quasi-totalité des usagers récents de ces substances ou de la voie intraveineuse vus dans les centres de soins et les centres de réduction des risques sont des usagers au long cours.

Il faut par ailleurs noter que l'estimation de 2011 ne porte, comme en 2006, que sur la France métropolitaine.

Les estimations de 2006 et de 2011 ont été réalisées en utilisant trois des méthodes préconisées par l'OEDT et applicables à la situation française : méthode multiplicative à partir de données de traitement, ici les ventes de médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) ; méthode multiplicative à partir de données d'interpellations par les services de police et de gendarmerie ; méthode multivariée reposant sur des indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues et des estimations locales de prévalence établies par application de la technique capture-recapture. Toutes les estimations nationales obtenues s'appuient en fait sur les résultats des estimations locales de prévalence utilisant la méthode capture-recapture pour les 6 villes suivantes : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b; Vaissade *et al.* 2009). Les prévalences locales de l'usage problématique seront abordées dans une première section. Les résultats nationaux sont présentés dans un second temps.

Dans le contexte français caractérisé par un faible repérage possible des usagers de drogues dans les systèmes d'information administratifs pour des raisons liées au respect de l'anonymat, les études de prévalence impliquent la réalisation de véritables recensements à l'échelon local par les professionnels des structures d'accueil, par ailleurs surchargés. Ces recensements sont incompatibles avec un long questionnement, la priorité étant donnée à l'exhaustivité du recueil. C'est pourquoi il n'est pas possible de décrire en détail les usagers problématiques de drogues à partir des données issues des études de prévalence. Les caractéristiques de ces usagers, présentées dans la section 4.3 de ce chapitre, sont décrites à partir des résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012 (cf. Annexe V-ENa-CAARUD) menée auprès des usagers fréquentant les structures de réduction des risques.

4.2. Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'usage problématique de drogues (ST7 2013)

Prévalences locales

Pour réaliser des estimations locales de prévalence de l'usage problématique par la méthode capture-recapture, il est nécessaire de recueillir des données sur la fréquentation de plusieurs « lieux » par des usagers de drogues correspondant à la définition déjà évoquée des usagers problématiques. Ces données permettent ainsi de déterminer dans chaque ville le nombre d'usagers ayant été vus dans un seul lieu ou plusieurs lieux. Cette information est au cœur de la modélisation statistique permettant d'estimer le nombre total d'usagers de drogues à problèmes. L'ensemble des institutions susceptibles d'entrer en contact avec des usagers de drogues dans les 6 villes ont été sollicitées dans le cadre de cette étude pour participer au recensement des usagers : centres spécialisés de soins en addictologie (CSAPA ambulatoires et en maison d'arrêt), services hospitaliers, structures de réduction des risques (CAARUD), structures de réinsertion en contact avec les populations précaires et de rue, médecins généralistes et services de police dans certains sites. Le recueil a été mené dans chaque ville sur une période de six mois (de janvier à juin 2011). Les données ainsi recueillies ont ensuite été envoyées à l'OFDT qui a réalisé les analyses.

L'estimation du nombre d'usagers problématiques dans chaque ville a tout d'abord été réalisée par modélisation log-linéaire, comme cela avait été le cas dans l'étude précédente. Mais de faibles recouvrements entre les différents lieux ont conduit à des modèles instables, ainsi qu'à des intervalles de confiance extrêmement larges. Pour améliorer la qualité de l'estimation, a été utilisée une méthode alternative qui repose sur l'estimation pour chaque personne de sa probabilité d'apparition dans plus d'un « lieu » à partir d'un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres (âge, sexe, logement, substances déclarées, etc.). Le lien entre la probabilité de présence dans plusieurs lieux et les variables explicatives est modélisé à l'aide d'une régression logistique. Les coefficients associés, statistiquement significatifs, sont ensuite appliqués à chaque individu par combinaison linéaire, dont la somme permet d'estimer la taille réelle de la population (Böhning *et al.* 2009a; Böhning *et al.* 2009b). Cette méthode a été appliquée aux données 2006, afin de garantir la comparabilité entre les deux années.

Les prévalences estimées se situent en 2011 entre un minimum de 8,9 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans à Rennes et un maximum de 13,7 pour 1 000 habitants à Metz (tableau 4.1). Les intervalles de confiance associés sont particulièrement larges pour ces deux villes. La comparaison entre les prévalences de 2011 et celles de 2006 fait apparaître une hausse du nombre des usagers problématiques de drogues. Cependant, les intervalles de confiance assez larges, dus à des effectifs et un recouvrement entre les lieux relativement faibles, ne permettent pas de conclure à une hausse statistiquement significative.

Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues et prévalence (‰) parmi les 15-64 ans par site, en 2011

Site	Observé	Estimé*	IC 95 %	Prévalence 2011	IC 95 %	Prévalence 2006	IC 95 %
Lille	1 143	8 300	7 900-8 700	11,2	10,7-11,7	10,5	8,6-14,0
Lyon	956	9 200	8 900-9 500	10,2	9,8-10,5	10,6	8,0-15,0
Marseille	618	6 600	6 100-7 100	11,4	10,5-12,3	10,3	7,7-14,2
Metz	309	3 300	2 000-5 900	13,7	9,0-26,9	10,8	8,0-15,0
Rennes	296	1 800	1 200-2 600	8,9	6,0-13,3	7,6	5,6-11,7
Toulouse	976	7 500	7 100-7 900	13,1	12,4-13,8	10,1	8,0-12,9

* Arrondis à la centaine la plus proche.

Source : NEMO 2011 (OFDT)

La comparaison des estimations de prévalence depuis 1999 n'est possible que pour les trois villes présentes dans les enquêtes successives et pour les seuls usagers d'héroïne et de cocaïne. Le cas de Toulouse, où apparaît une forte augmentation de la prévalence sur l'ensemble de la période, contraste avec celui des deux autres villes, pour lesquelles la prévalence est restée plus stable (tableau 4.2).

Tableau 4.2 : Estimations de la prévalence d'usagers problématique d'héroïne et de cocaïne et prévalence (‰) parmi les 15-64 ans par site, 1999-2011

Site	Prévalence 1999	IC 95 %	Prévalence 2006	IC 95 %	Prévalence 2011	IC 95 %
Lille	6,2	5,2-7,2	6,4	4,9-7,9	6,9	5,7-8,7
Marseille	6,4	5,8-7,6	6,1	4,2-6,9	6,7	6,2-7,3
Toulouse	4,3	4,0-4,7	6,7	5,2-8,3	8,7	6,9-11,1

Source : NEMO (OFDT)

Estimation nationale

Le nombre d'usagers problématiques de drogues estimé au niveau national varie, suivant la méthode utilisée, entre 222 000 (multiplicateur appliqué aux données d'interpellations) et 340 000 (méthode multivariée), ce qui correspond à des prévalences respectives de 5,5 et de 8,4 pour 1 000 habitants (tableau 4.3). Avec la méthode du multiplicateur appliquée aux données de traitement, on obtient une prévalence intermédiaire de 7,5 pour 1 000. Les estimations reposant sur les données d'interpellations se situent à un niveau plus faible que pour les deux autres, notamment pour celles obtenues avec la méthode multiplicative, les intervalles de confiance ne se recoupant plus du tout. En 2006, la fourchette de valeurs adoptée au niveau national, soit 210 000 à 250 000 usagers, correspondait à la zone de recoupement des intervalles de confiance calculés pour chaque méthode d'estimation. L'adoption du même principe pour les données 2011 conduit à exclure la méthode multiplicative appliquée aux interpellations et à ne conserver que l'estimation reposant sur les données de traitement et l'estimation « multivariée ». On obtient une fourchette de valeurs assez large qui se situe entre 275 000 et 360 000 usagers de drogues à problèmes. Les bornes de prévalences inférieures et

supérieures associées à ces estimations sont de 7 pour 1 000 et 9 pour 1 000. Ce résultat place la France dans la moyenne de l'Union européenne.

Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine en 2011

Méthode d'estimation	Estimation 2011	IC 95 %	Estimation 2006	IC 95 %
Multiplicative traitement	299 000	238 000-360 000	272 000	209 000-367 000
Multiplicative interpellations	222 000	176 000-267 000	187 000	144 000-253 000
Multivariée	340 000	275 000-410 000	264 000	189 000-338 000

Source : NEMO (OFDT)

Dans l'ensemble, les trois méthodes d'estimation font apparaître des prévalences de l'usage problématique en hausse sensible comparées aux estimations de 2006, mais avec des intervalles de confiance tellement larges qu'il est difficile de conclure à une augmentation. On peut simplement souligner qu'une croissance du nombre d'usagers de drogues problématiques paraît plausible. En effet, d'autres sources d'information indiquent d'une part un vieillissement de cette population, moins exposée à un fort risque de décès 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.

Ces estimations fournissent des repères utiles en dépit de larges marges d'incertitude. Les limites des différentes méthodes d'estimation méritent cependant d'être discutées. La méthode multiplicative utilisant les données de traitement repose sur les données de ventes des deux médicaments de substitution aux opiacés, qui permettent d'établir des estimations du nombre d'usagers de drogues concernés par ces traitements. Compte tenu de la très grande accessibilité de ce type de traitement en France, ces données sont une excellente base pour l'application de cette méthode. Néanmoins, ces estimations peuvent être sensibles à l'existence de mésusages et de détournements, plus ou moins importants suivant les zones géographiques. Cette absence d'homogénéité géographique pourrait conduire à une légère surestimation de la prévalence de l'usage à problème par cette méthode.

La deuxième méthode, multiplicative à partir de données d'interpellations, repose sur le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne ou de cocaïne, qui peut être considéré comme un indicateur indirect de l'usage de drogues mais aussi de l'activité des services de police et de gendarmerie dans le domaine de la lutte contre la drogue. Or, l'importance accordée à cette mission est aussi susceptible de varier d'une zone géographique à l'autre sans toujours refléter des différences de niveaux d'usage de drogues. Un autre biais possible dans l'utilisation de cet indicateur est que les personnes interpellées par la police pour usage d'opiacés ou de cocaïne ne correspondent pas toujours exactement aux critères d'inclusion parmi les usagers problématiques. Il est difficile de déterminer si ces biais vont dans le sens d'une sous-estimation ou d'une surestimation du nombre d'usagers problématiques.

La troisième 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 6 départements (à travers 6 villes) sont extrapolées aux 90 autres départements. Néanmoins, comme les deux autres, elle repose aussi

sur les estimations locales de prévalence présentées dans la section précédente. La lourdeur et le coût de l'enquête à mener dans chaque ville pour obtenir une estimation a conduit à limiter le nombre de villes à 6, ce qui reste trop limité pour réaliser une estimation nationale. Il serait nécessaire, pour augmenter la précision et la fiabilité des estimations, de disposer d'estimations dans un nombre beaucoup plus élevé de villes. Ce souhait paraît actuellement impossible à réaliser dans le contexte français. Par ailleurs, le système administratif se caractérise toujours aujourd'hui par un niveau élevé de protection des données, qui ne permet pas, comme dans d'autres pays, d'observer la présence ou l'absence d'un usager de drogues dans plusieurs sources administratives de données et de multiplier ainsi les estimations locales de prévalence de l'usage problématique de drogues.

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

Il n'existe aucune estimation indirecte du nombre d'usagers problématiques de drogues en France.

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

Il n'y a aucun travail disponible en France sur cette question de l'incidence de l'usage problématique de drogues.

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

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

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 s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomane que dans une logique de soins, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif 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.

Il faut ainsi noter dans ces données une probable sous-représentation des plus jeunes, jeunes en errance ou *travellers* issus de l'espace festif, souvent accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manière plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés socialement fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD (Cadet-Taïrou *et al.* 2010a).

Les résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012 sont marqués par une augmentation du taux de réponse de plus de 10 points par rapport à l'édition 2010 (73,7 % contre 60 % en 2010¹⁰⁵). Le refus de l'utilisateur apparaît comme le premier motif de non-réponse (42,7 %), suivi par le manque de temps des professionnels chargés de passer le questionnaire (32,7 %). Dans 17,8 % des cas, c'est l'incapacité de l'utilisateur à parler français qui est en cause. Après avoir constaté une baisse des indicateurs de précarité entre 2008 et 2010, on assiste en 2012 à une nouvelle augmentation. Celle-ci concorde avec les éléments qualitatifs disponibles par ailleurs (cf. chapitre 8) et l'hypothèse selon laquelle la baisse de la précarité observée en 2010 était due à la moindre interrogation des usagers les plus précaires.

Les usagers de drogues ont été interrogés en priorité dans un lieu d'accueil fixe (87,8 %), 12,2 % ont été rencontrés par une unité mobile ou une équipe de rue.

Des usagers de plus en plus âgés

Il s'agit toujours d'une population très majoritairement masculine (80,5 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes. Elles représentent 34,8 % des moins de 25 ans et 42,5 % des moins de 20 ans. De même, en 2012, si seuls 9,4 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 20,8 % à être dans ce cas. L'écart entre l'âge moyen des hommes et celui des femmes est assez stable (2,7 ans en 2006, 2,8 ans en 2012).

En 2012, les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques (RDR) en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (35,9 ans, soit 0,4 ans de plus qu'en 2010) (Saïd *et al.* à paraître). La part des plus de 45 ans est passée de 9,6 % en 2006 à 19,4 % en 2012, car nombre d'usagers continuent de fréquenter les CAARUD malgré leur avancée en âge (tableau 4.4).

Tableau 4.4 : Répartition des usagers des CAARUD par classe d'âge en % de 2006 à 2012

	2006	2008	2010	2012
Moins de 25 ans	17,9	18,2	14,0	11,6
De 25 ans à 34 ans	36,3	33,0	32,2	34,3
Plus de 34 ans	45,7	48,8	53,8	54,1

Source : ENa-CAARUD (OFDT)

Des usagers plutôt précaires

Six personnes sur dix rencontrées dans les CAARUD vivent seules ou uniquement avec leurs enfants (60,6 %) et 22,8 % sont en couple, les autres vivant avec des amis ou des parents. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes et sont davantage en couple (42,9 % contre 18,2 %). Plus de la moitié d'entre elles sont mères (51,1 %).

Les usagers qui fréquentent en 2012 les structures de RDR en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante (Saïd *et al.* à paraître) (cf. chapitre 8).

¹⁰⁵ La hausse du taux de réponse est en partie due à une campagne de promotion de l'enquête auprès des professionnels des CAARUD.

- La moitié (46,7 %) connaît des conditions de logement instables : 58 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire¹⁰⁶.
- Moins d'un sur cinq dispose d'un salaire ou d'allocations chômage (16,5 %). Plus de la moitié (56,6 %) perçoit un revenu social : le RSA (Revenu de solidarité active) ou l'AAH (Allocation adulte handicapé) ou encore, mais c'est plus rare, des revenus provenant de la famille ou d'un tiers. Enfin, un quart (26,8 %) ne dispose d'aucun revenu licite et recourt alors par exemple à la mendicité et à la prostitution. En outre, la structure des ressources diffère fortement selon le groupe d'âge considéré. On observe en effet que deux tiers des moins de 25 ans (66,6 %) n'ont aucun revenu légal.
- La grande majorité des usagers de drogues qui fréquentent les CAARUD est affiliée à la Sécurité sociale (87 %), mais 64 % uniquement par le biais de la CMU¹⁰⁷. Parmi les 13 % déclarant ne pas être affiliés à la Sécurité sociale, les deux tiers ne bénéficient pas de l'AME (Aide médicale d'État).
- La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant, 13,1 % sont sans papiers d'identité.
- En outre, les usagers ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2012, 14,2 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année. Un homme sur six est concerné (16 %) alors que seules 7,2 % des femmes ont été incarcérées.

Des usagers fortement consommateurs de produits psychotropes

Les produits les plus fréquemment consommés par les usagers répondants en 2012 demeurent le cannabis et l'alcool (tableau 4.5).

Environ un tiers des usagers rencontrés en 2012 a pris de l'héroïne au cours du mois précédent (30,8 %), mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (37,1 %). Parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts (78,4 %) 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 (78,3 %).

L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne plus d'un usager sur trois (36,1 %). Concernant l'usage du crack (cocaïne achetée sous sa forme basée), la donnée nationale métropolitaine masque un écart important entre Île de France et province puisque sa prévalence d'usage y est respectivement égale à 48 % et 6 %.

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

¹⁰⁶ Disponible pour une durée inférieure à 6 mois.

¹⁰⁷ La Couverture maladie universelle (CMU) permet aux personnes qui ne cotisent pas à la Sécurité sociale de disposer d'une couverture maladie minimale.

Tableau 4.5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois (en %) parmi les usagers des CAARUD en 2012

	Usagers récents (mois précédent)	Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents
Cannabis	72,8	51,1
Alcool	65,5	52,1
BHD	37,1	78,3
Héroïne	30,8	20,1
Méthadone	27,0	73,7
Sulfates de morphine	17,2	43,8
Cocaïne poudre / free base	36,1	12,0
Crack	17,5	27,5
Amphétamine	12,8	5,3
Ecstasy	12,3	3,1
Méthylphénidate (Ritaline®)	1,9	13,9
Benzodiazépines	30,5	62,5
Plantes et champignons hallucinogènes,	7,5	4,6
LSD	7,2	1,6
Kétamine	8,6	0,9

Source : ENa-CAARUD (OFDT)

Interrogés en 2012 sur le produit qui leur pose le plus de problèmes, les usagers citent en premier lieu un opiacé (39,1 %), au premier rang desquels la BHD (16,4 %), l'héroïne étant citée par 11,5 % d'entre eux. L'alcool est cité par plus d'un usager sur cinq (21,7 %). Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 15,9 % des usagers interrogés, on retrouve essentiellement la cocaïne (7,8 %) et le crack (6,9 %).

En 2012, parmi les usagers des CAARUD, 64 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen lors de la première injection se situe à 21,3 ans (médiane 20 ans) et n'a pas varié depuis 2006. L'injection au cours du dernier mois concerne 46,1 % des usagers, un niveau stable depuis 2006.

Un accroissement du recours à l'injection a été 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 ». Dans la population qui fréquente les structures de réduction des risques, les autres modes d'usage (inhalation pulmonaire de vapeurs et sniff) progressent et viennent se surajouter chez un même usager à ceux déjà utilisés (tableau 4.6).

Les pratiques d'injection apparaissent fréquentes pour consommer les opiacés (à l'exception de la méthadone) et la cocaïne, que plus d'un usager des CAARUD sur deux injecte (52,8 %), mais aussi la kétamine (31,8 %) et l'amphétamine (32,7 %). On note l'accroissement de la part des usagers d'héroïne qui utilisent le sniff (51,6 % contre 47,7 % en 2010) et de celle qui la fument (31,6 % contre 28,9 % en 2010). La cocaïne (achetée sous forme de poudre) est fumée sous forme de free base (après transformation) par un tiers de ses usagers rencontrés en CAARUD. Cette part est également en hausse, conformément aux données qualitatives collectées (32,9 % contre 30,9 %). Si l'on considère en plus les usagers de crack (qui ont acheté la cocaïne directement basée), c'est plus de la moitié (55,0 %) des consommateurs récents de cocaïne et/ou crack qui consomment de la cocaïne fumée.

Tableau 4.6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2012

	N	Injection (%)	Voie orale (%)	Sniff (%)	Inhalation fumette (%)
Sulfate de morphine	497	84,3	15,9	10,1	1,1
Héroïne	887	51	0,8	51,6	31,6
Cocaïne	1 040	52,8	0,6	46,9	32,9
BHD	1 071	54,2	45,9	25,9	5,1
Kétamine	247	31,9	5,7	75,1	0,9
Amphétamines	369	32,7	31,8	62,5	3,6
Ecstasy	356	21,8	70,6	34,8	11,1
Codéine	193	5,9	92,4	3,5	2,4
Benzodiazépines	879	5,4	95,8	3,4	0,5
LSD	208	0	97,3	2,7	1,1
Crack	504	4,2	0,2	2,9	98,9
Méthadone	778	2,4	98,1	1,3	0,1
Plantes hallucinogènes	217	0	91,7	1,6	13,5
Alcool	1 889	0,3	99,9	0	0
Cannabis	2 098	0,1	3,1	0,4	98,7

Note : 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 %.

Source : ENa-CAARUD (OFDT)

Données TREND : évolutions marquantes 2011-2012 concernant les usages et les modes d'usage (Cadet-Taïrou et al. 2013b)

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

Concernant les usagers, le dispositif TREND (cf. Annexe V-TREND) permet de dégager deux tendances qui ne sont pas totalement nouvelles mais qui s'intensifient.

La dispersion des usagers les plus fragiles qui tend à aggraver leur niveau de précarité

Cette dispersion résulte de plusieurs phénomènes. L'expulsion des squats par les autorités publiques entraîne des déplacements itératifs des usagers, des centres-villes vers la périphérie et inversement, jusqu'à atteindre une situation où ils se trouvent relégués soit à l'extérieur des villes, dans des « campements/bidonvilles » situés le long des rocade périphériques ou en zone périurbaine, soit dans des espaces souterrains plus invisibles : caves, parkings, garages, locaux à poubelles, etc. Ces éléments jouent sur la dégradation des conditions de vie et de santé des usagers les plus désocialisés que les structures de réduction des risques disent avoir de plus en plus de mal à atteindre. D'autres usagers, souvent moins désocialisés (pas « à la rue » mais en difficulté par rapport au marché du travail), s'installent en zone périurbaine ou même rurale où ils rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la réduction des risques.

La dispersion des usagers notamment dans les espaces ruraux, liée à l'exode des urbains mais également aux consommateurs « ruraux d'origine », sur fond de croissance des micro-trafics favorisant l'accessibilité aux substances, entraîne l'extension des usages de drogues à de nouveaux territoires. Les difficultés d'insertion professionnelle semblent jouer un rôle important dans la régularité des usages. Les usages en milieu rural, au vu des données encore partielles

recueillies par les sites TREND, ne semblent pas spécifiques ; l'accès à l'information, à la réduction des risques et aux soins constituant le problème majeur¹⁰⁸.

Le poids croissant des problèmes liés à l'alcoolisation chronique avec l'avancée en âge des usagers

Les professionnels de la réduction des risques et du soin font état de l'apparition, avec la montée en âge des usagers les plus anciens, de pathologies « du vieillissement » souvent sous-tendues par une alcoolisation chronique. Elles sont plus lourdes et plus précoces dans ce contexte, avec un manque de structures pour accueillir ces usagers de drogues.

Ainsi, plusieurs sites signalent à nouveau le caractère omniprésent de l'alcool chez les usagers de drogues, notamment des bières fortes, rendues très accessibles par leur faible prix. Un site TREND évoque même une montée des consommations d'alcool chez les usagers de drogues précaires.

Par ailleurs, les tendances observées en 2010-2011 se poursuivent en 2012, comme l'essor de la chasse au dragon¹⁰⁹ (voie fumée). Cette pratique se diffuse vers d'autres substances que l'héroïne et la cocaïne (préalablement basée pour être consommée ainsi), en particulier la poudre de MDMA. Ce phénomène concerne surtout l'espace festif alternatif (free parties, zones off des festivals, etc.) via des usagers d'héroïne qui ont recours à ce mode d'administration mais aussi maintenant un cercle plus large. La mise à disposition par des structures de RDR « d'aluminium »¹¹⁰ dans l'espace festif semble jouer un rôle favorisant. Dans ce cadre, la chasse au dragon vient essentiellement se substituer à la voie sniffée, irritante pour la muqueuse nasale. Les autres raisons avancées par les usagers de MDMA pour expliquer le recours à ce mode d'usage tiennent au fait qu'elle permet d'intensifier la montée des effets en raison d'une absorption très rapide par les alvéoles pulmonaires et à l'effet empathogène de la substance. C'est pourquoi l'absorption de la MDMA par voie pulmonaire serait plutôt utilisée lors des fins de soirée (*after*), afin de gérer les phases de descente.

Si ce phénomène est apparu et s'est développé dans l'espace festif alternatif, il touche également les usagers plus précarisés de l'espace urbain, pour qui la voie pulmonaire constitue depuis quelques années une alternative à l'injection. Elle permet d'en approcher les effets sans en supporter les aspects négatifs. Ainsi, l'enquête ENa-CAARUD réalisée en 2012 auprès des usagers, souvent précarisés, fréquentant les CAARUD montre une progression de la pratique de l'inhalation à chaud de la MDMA (11,1 % en 2012 contre 3,1 % en 2008). La tendance se poursuit également pour l'héroïne (31,6 % en 2012 contre 24,2 % en 2008), sachant que les structures de RDR encouragent les usagers injecteurs à utiliser plutôt cette pratique, qui évite aussi les conséquences locales de l'injection (abcès, veines bouchées, nécroses). S'agissant de la cocaïne, la pratique se traduit par une diffusion de l'usage de cocaïne basée.

¹⁰⁸ Ce problème est pris en compte par les CAARUD, qui expérimentent à l'heure actuelle différentes solutions pour atteindre ces nouveaux publics.

¹⁰⁹ La chasse au dragon consiste à inhaler les vapeurs produites par le chauffage à l'aide d'un briquet de l'héroïne déposée au préalable sur une feuille d'aluminium. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires extrêmement perméables aux gaz et non au niveau de la muqueuse nasale comme le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

¹¹⁰ Outil de RDR remplaçant la feuille d'aluminium habituellement utilisée par les usagers pour cette pratique. Celle-ci émet en effet des vapeurs toxiques lorsqu'elle est chauffée.

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)

/

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 (PDU)

/

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, cf. Annexe V-RECAP), a été mis en place en France en 2005 dans les centres spécialisés accueillant les usagers de drogues. Ces centres, auparavant dénommés centres spécialisés de soins pour les toxicomanes (CSST), ont pris en 2010 la nouvelle dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette appellation désigne désormais aussi bien les institutions recevant les personnes en difficulté avec les drogues illicites qu'avec l'alcool. Conformément au protocole européen, ne seront prises en compte ici que les personnes pour lesquelles une drogue illicite ou un médicament psychotrope sont déclarés comme produit posant le plus de problème.

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 dans un centre de soins. Un nouveau patient 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 primo patient est un consommateur de drogues n'ayant jamais été suivi auparavant pour des problèmes d'addiction par un professionnel spécialisé.

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. Cet outil 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'objectif de RECAP est de pouvoir suivre au niveau régional et national les caractéristiques et les modalités d'usage des consommateurs de drogues, licites ou illicites, accueillis par les CSAPA. Il 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 poser par tous les intervenants du champ des addictions.

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

5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité

5.2.1. Stratégie et politique

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 le plus souvent effectuée dans les hôpitaux psychiatriques.

Le premier grand tournant date de l'adoption de la loi de 1970¹¹¹. Celle-ci prévoit la possibilité pour tout consommateur de drogues d'obtenir un traitement anonyme et gratuit visant l'abstinence. L'adoption de ce texte de loi a favorisé le développement de centres spécialisés ambulatoires ou avec hébergement, ces derniers accueillant les usagers de drogues après sevrage. Les institutions psychiatriques se montraient réticentes à accueillir des usagers de drogues toujours plus nombreux. Des équipes issues du monde associatif étaient en revanche volontaires pour prendre en charge ces patients. Ces derniers ont donc été reçus dans ces deux cadres différents, hôpital psychiatrique et milieu associatif, le second prenant au fil du temps plus d'importance que le premier.

Le deuxième grand tournant a été déclenché par le développement de l'épidémie de sida. Les pouvoirs publics n'ont adopté qu'au début des années 1990, tardivement en comparaison d'autres pays, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les mesures de réduction des risques (RDR).

La France a fait le choix d'une diffusion accélérée et massive des traitements de substitution par buprénorphine haut dosage (BHD), que tout médecin en exercice a été autorisé à prescrire¹¹². De ce fait, les médecins généralistes ont joué un rôle important 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 RDR (qui en est la conséquence directe) a soulevé la question de l'accueil des usagers de drogues dans les hôpitaux généraux et non plus uniquement psychiatriques pour le traitement de leurs problèmes somatiques et/ou d'addictions. À l'instar de ce qui se faisait en alcoologie, des équipes de liaison pour usagers de drogues ont vu le jour. Leur mission était de favoriser la prise en charge dans les services somatiques et d'éviter que des usagers accueillis pour ce type de problème ne quittent l'hôpital sans qu'on leur ait proposé un diagnostic et une prise en charge addictologique.

En France comme dans la plupart des pays développés, la politique de soins de l'usage de drogues repose 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.

¹¹¹ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971

¹¹² La prescription des traitements par méthadone n'a été dans un premier temps autorisée que pour les médecins exerçant dans un centre spécialisé de soins en toxicomanie, les médecins de ville n'ont pu prescrire ce traitement en relais que dans un second temps. Le nombre de personnes suivant un traitement de substitution par méthadone n'a donc augmenté que beaucoup plus lentement que celui des individus sous traitement à la BHD.

La politique récente des pouvoirs publics dans le domaine du soin aux usagers de drogues a été définie par deux plans adoptés en 2006 et 2008. Le premier, le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (Ministère de la santé et des solidarités 2006), ne concernait que le soin et la prévention. Il 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 les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (MILDT 2008), a été élaboré par la MILDT (cf. chapitre 1). Il portait à la fois sur les questions de soin, de prévention et de répression. Le volet sanitaire intégrait les orientations du plan du ministère de la Santé tout en traçant de nouveaux objectifs spécifiques.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 réaffirmait la nécessité de conduire une politique sur l'ensemble des conduites addictives : consommation de substances illicites, d'alcool ou de tabac, et addictions sans substances, comme le jeu. Principalement consacré au renforcement des moyens de prise en charge des addictions dans le système hospitalier, il prévoyait la création de consultations d'addictologie ou d'équipes de liaison en addictologie dans tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence. Ces consultations ou ces équipes de liaison permettraient de regrouper en un seul lieu et un même service toutes les consultations en tabacologie, 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 devaient être créés durant la période couverte par ce plan (2007-2011). Il était également prévu que chaque centre hospitalier universitaire (soit 26 établissements) comporte un pôle d'addictologie ayant 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 reprenait des objectifs déjà formulés dans les plans précédents : rapprochement du dispositif spécialisé en toxicomanie et en alcoologie au sein des CSAPA ; extension des capacités en hébergement thérapeutique pour les usagers de drogues illicites par la création de plusieurs communautés thérapeutiques ; implication de la médecine de ville par le renforcement des réseaux de santé en addictologie. Il affirmait la nécessité d'établir des référentiels précis de la stratégie de prise en charge des patients, avant, pendant et après la cure.

Tous ces objectifs étaient repris dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (MILDT 2008) qui insistait néanmoins plus spécifiquement sur certains d'entre eux et en proposait de nouveaux :

- amélioration par des programmes de formation des compétences des professionnels en prévention individuelle ciblée et en prise en charge ;
- amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes usagers de substances psychoactives par l'augmentation du nombre de consultations jeunes consommateurs et, en particulier, par l'existence de formes 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 ; 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 liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues ;
- amélioration de l'insertion et de la réinsertion des personnes présentant une addiction
- réduction de l'usage détourné de médicaments et protection de leur valeur thérapeutique.

Un bilan de ce plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a été conduit par l'OFDT, notamment sur l'axe du soin et de la prise en charge (cf. chapitre 1).

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 addictions (au sein d'établissements médico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes).

Le dispositif spécialisé

Ces centres ont été créés en application de la loi de 1970. Celle-ci prévoyait un traitement gratuit et anonyme de tous les usagers de drogues illicites qui souhaitaient en bénéficier. La quasi-totalité des départements français est maintenant dotée d'au moins un de ces centres, dénommés aujourd'hui CSAPA.

Ces centres ont été initialement financés par l'État puis, depuis le 1^{er} janvier 2003, par les organismes d'assurance sociale en tant qu'établissements médico-sociaux. Leur rôle est de fournir conjointement des services médicaux, sociaux et éducatifs et, entre autres, une aide à l'insertion sociale.

Une circulaire en date du 28 février 2008¹¹³ précise les missions des CSAPA. Ces derniers 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. Les CSAPA assurent également la prise en charge médicale, psychologique et socio-éducative, et font partie du dispositif de réduction des risques. Ils ont la possibilité de se spécialiser sur les drogues illicites ou sur l'alcool.

Les CSAPA assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux types de prestations. En 2012, 419 CSAPA offrent des prestations de soins en ambulatoire, mais parmi eux seuls 190 prennent majoritairement en charge des usagers de drogues illicites, les autres accueillant principalement des personnes pour qui l'alcool est le produit posant le plus de problèmes.

¹¹³ Circulaire DGS/MC2 n°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. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°3 du 15 avril 2008. (NOR SJSP0830130C)

Les prestations d'hébergement assurées par les CSAPA sont de plusieurs types. On distingue :

- le court séjour, d'une durée inférieure à trois mois, qui répond aux besoins d'hébergement d'urgence pour des usagers de drogues sans domicile ou d'hébergement de transition, notamment pour ceux qui sortent de prison. Ces hébergements peuvent être individuels (nuitées d'hôtels) ou collectifs. En 2011, 8 CSAPA offrent ce type de prestation ;
- le moyen et long séjour peut prendre la forme d'un hébergement collectif dans un centre thérapeutique résidentiel (CTR). Ce type de structures, autrefois nommées « postcure », accueille, pour une durée maximale d'un an, des patients qui viennent d'effectuer un sevrage, sont sous TSO ou, plus généralement, qui ont besoin d'un cadre structuré et d'une rupture temporaire avec leur environnement. Le nombre de centres thérapeutiques résidentiels s'élève à 35 en 2011. Le moyen et long séjour comprend également l'hébergement en appartement thérapeutique relais (ATR), d'une durée maximale de deux ans. Il a pour objectif de permettre aux patients de reconquérir leur autonomie, de restaurer des liens sociaux et d'initier une démarche d'insertion professionnelle. En 2011, 64 CSAPA offrent des places en appartement thérapeutique relais. Enfin, il existe un troisième type de moyen et long séjour, l'hébergement en famille d'accueil. Il s'agit là aussi d'offrir un contexte favorable à l'accession à l'autonomie. En 2011, 8 CSAPA offrent des places d'hébergement en famille d'accueil.

Les CSAPA peuvent réaliser des sevrages en ambulatoire. Ils peuvent également orienter et soutenir les patients qui souhaitent un sevrage en milieu hospitalier.

Les médecins exerçant dans les CSAPA sont habilités à initier les traitements de substitution à la méthadone. Comme tous les médecins en exercice, ils peuvent également prescrire aux patients un traitement par BHD.

Un certain nombre de CSAPA intervient dans les établissements pénitentiaires. Au total, ils sont une quinzaine à consacrer toute leur activité à la prise en charge de personnes incarcérées. Ces CSAPA spécialisés ne couvrent, compte tenu de leur nombre, qu'une très faible proportion des établissements pénitentiaires en France. Dans ceux, très nombreux, au sein desquels il n'existe pas de centre de ce type, un CSAPA situé dans le voisinage peut intervenir auprès des personnes détenues ayant un problème avec les drogues. Cette activité fait partie des missions des CSAPA, mais reste facultative. Pour chaque établissement pénitentiaire, l'agence régionale de santé (ARS) doit désigner un CSAPA référent.

En France, le concept d'« unités sans drogues » n'est pas vraiment utilisé. Il est difficile de le rattacher à un type donné de dispositif existant. Toutefois, quelques communautés thérapeutiques (CT), dont l'objectif est l'abstinence à tout produit, ont été mises en place dernièrement. En 2012, leur nombre s'élevait à 10. Créées à titre expérimental, il était prévu qu'elles puissent devenir des CSAPA mais aucune n'avait transformé son statut à la fin 2012.

Les pouvoirs publics ont créé en 2004 des consultations jeunes consommateurs¹¹⁴ (CJC) en octroyant des financements pour les projets d'ouverture de ces structures. Elles sont destinées à accueillir en ambulatoire des jeunes qui consomment des drogues illicites, le plus souvent du

¹¹⁴ Circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille. BO Santé n°2004/42 du 30 octobre 2004. (NOR SANP0430495C)

cannabis, ou leur entourage. Il existe à l'heure actuelle environ 300 de ces lieux ouverts sur des durées plus ou moins longues (parfois une demi-journée par semaine et parfois tous les jours ouvrables). Ces CJC sont pour la plupart gérées par un CSAPA. La création de ces consultations correspondait au souhait d'offrir un cadre spécifique d'accueil et de prise en charge des jeunes consommateurs pour lesquels la problématique de l'addiction est encore le plus souvent fortement imbriquée dans celle de l'adolescence et des difficultés psychologiques qui l'accompagnent. La création de ces consultations a probablement contribué à accroître le nombre de consommateurs de cannabis pris en charge dans les CSAPA. Il apparaît cependant, au regard des chiffres figurant dans les rapports d'activité de ces centres depuis la fin des années 1990, que la proportion de consommateurs de cannabis parmi les personnes reçues était déjà en forte augmentation avant la création de ces consultations. En 2010, le nombre de jeunes accueillis dans ces CJC gérées par les CSAPA se situe entre 20 000 et 25 000.

Traitement par le système de soins généraliste

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

Hôpitaux

Comme mentionné plus haut, le plan de prise en charge et de prévention 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 2007¹¹⁵ et du 26 septembre 2008¹¹⁶ 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. Leur 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 et les activités de liaison et de consultation. Créées en 2000¹¹⁷, les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont habituellement composées de trois personnes, dont un praticien hospitalier. Elles doivent former les équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et les assister. Il s'agit plus spécifiquement d'établir des protocoles thérapeutiques et de travailler avec les patients hospitalisés et les patients aux urgences. Ces équipes ont des missions 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 services des structures de niveau 1, auxquels s'ajoute l'offre de sevrage simple ou complexe en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour.

¹¹⁵ Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°2007/6 du 15 Juillet 2007. (NOR SANP00730376C)

¹¹⁶ Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2008/10 du 15 novembre 2008. (NOR SJSH0830983C)

¹¹⁷ Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. BO Santé n°2000/38 du 18 septembre 2000, p.167-191. (NOR MESH0030387C)

Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et 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 se coordonner avec les dispositifs spécialisés CSAPA et CAARUD, les médecins de ville et les réseaux de santé.

Les médecins généralistes

Aujourd'hui, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en France dans la prescription de traitements de substitution aux opiacés. Ils peuvent, depuis 1995, prescrire un traitement de substitution à la méthadone en relais, après l'initiation dans un centre de soins spécialisé ou hospitalier. Depuis l'autorisation de mise sur le marché de la BHD en 1996, ils ont également la possibilité de prescrire (y compris en initiation) ce traitement aux patients dépendants aux opiacés.

En 2009, la moitié des médecins généralistes a reçu au moins un usager de drogues dépendant aux opiacés par mois. En moyenne, les médecins recevant des usagers de drogues dépendants aux opiacés en voient 3,6 par mois. Parmi ces médecins, la part de ceux prescrivant un TSO n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2009 (90 %) ; en revanche, la proportion de praticiens prescrivant de la méthadone est passée de 26 % à 38 % sur cette période (Gautier 2011). En 2011, les prescriptions proviennent exclusivement de généralistes libéraux pour 79 % des patients ayant eu des remboursements de BHD en ville et 55 % s'ils sont sous méthadone (Brisacier *et al.* à paraître).

Les médecins généralistes sont souvent les premiers à pouvoir intervenir lorsque des patients débutent une consommation des drogues illicites. Les autorités publiques prévoient une formation spécifique des médecins généralistes au repérage de ces usagers et à leur orientation vers les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à leur situation.

Disponibilité et diversité des traitements

Le sevrage

Les sevrages peuvent se dérouler dans un cadre ambulatoire, le patient étant suivi dans un CSAPA, dans une consultation hospitalière d'addictologie ou en hospitalisation complète. Les sevrages aux drogues illicites menés avec hospitalisation sont peu fréquents en France aujourd'hui. Les usagers d'opiacés qui étaient autrefois souvent hospitalisés pour un sevrage sont maintenant pour la plupart traités par un médicament de substitution aux opiacés.

Les traitements de substitution aux opiacés

Après sa mise sur le marché en 1996, la BHD devient très rapidement le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France. Depuis 2006, le Subutex® n'est plus le seul médicament disponible. Des spécialités génériques sont apparues sur le marché. En 2013, 5 génériques sont disponibles : la BHD Arrow®, la BHD Biogaran®, la BHD Mylan®, la BHD Sandoz® et la BHD Teva®. Le taux de pénétration des génériques représente toujours en 2012 environ un tiers des boîtes de BHD remboursées (Assurance Maladie). La forme générique est prescrite à des usagers plus jeunes que la moyenne, mieux intégrés dans un protocole et davantage stabilisés, comme le montrent les résultats de l'édition 2011 de l'enquête OPPIDUM (CEIP de Marseille 2012), menée essentiellement dans les centres de soins spécialisés (cf. Annexe V-OPPIDUM). Les doses quotidiennes moyennes chez les patients utilisant les formes génériques sont d'environ 2,5 mg inférieures à celles des autres patients.

En janvier 2012, la Suboxone® (association de BHD et d'un antagoniste opiacé, la naloxone) a été mise sur le marché sous forme de comprimés sublinguaux. Cette association de substances a pour objectif la prévention du mésusage de la BHD car elle provoque des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable. Le nombre de boîtes de Suboxone® remboursées en 2012 (délivrance en pharmacie de ville, régime général de la sécurité sociale) représente 0,8 % des boîtes de BHD remboursées dans le cadre d'un TSO (Assurance Maladie).

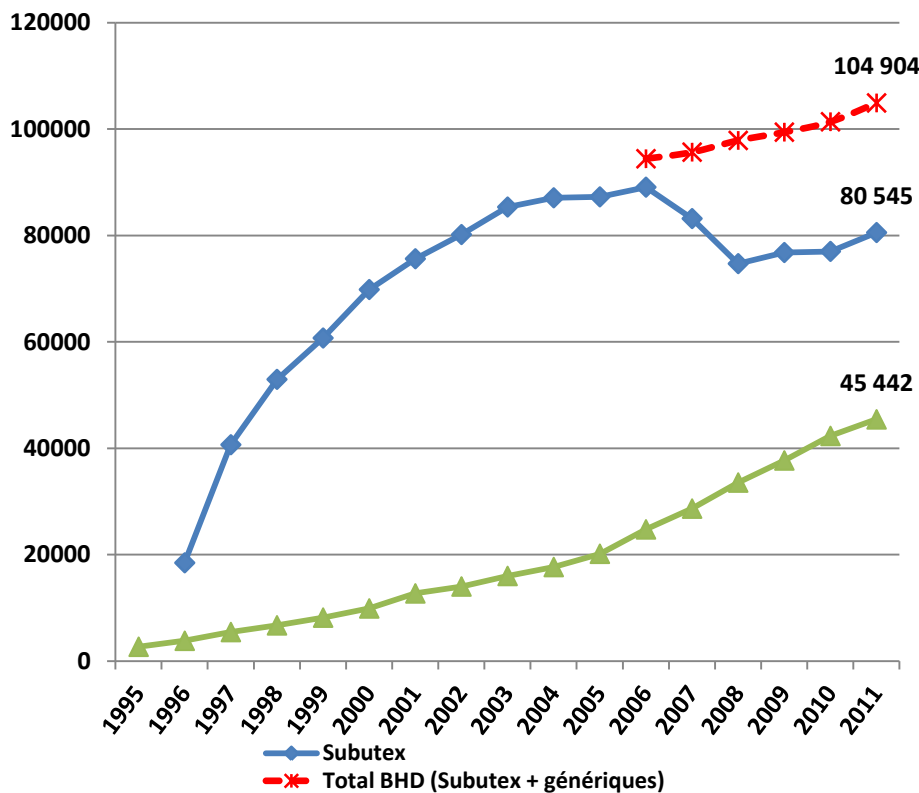
D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) grâce à l'échantillon généraliste des bénéficiaires (Brisacier *et al.* à paraître), en 2011, 152 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en ville avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD, représentant 71 % de l'ensemble. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010 (Palle *et al.* 2013).

La part de la méthadone continue toutefois d'augmenter, sachant que la facilitation de l'accès à ce médicament faisait partie des recommandations de la Conférence de consensus (ANAES 2005) sur les traitements de substitution de juin 2004. La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 a participé à cette augmentation. En 2011, la forme sirop reste prédominante, prescrite de façon exclusive à 58 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone, tandis que la forme gélule l'a été également de façon exclusive à 28 % d'entre eux. Enfin, 14 % des bénéficiaires avaient été remboursés des 2 formes (Brisacier *et al.* à paraître). La figure 5.1 présente des estimations du nombre de patients traités en France par BHD et méthadone. Ces données proviennent des chiffres de vente, fournis par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), de ces deux médicaments de substitution, 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 en 2011 un équivalent de 80 545 patients théoriques ayant reçu tout au long de l'année une dose quotidienne de 8 mg. Pour la méthadone, un calcul du même type conduit à un nombre de patients théoriques de 45 442 (remboursements en ville mais aussi à l'hôpital de la forme sirop et de la forme gélule) en 2011.

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 cette date. Une extrapolation permet en effet d'estimer cette part de patients bénéficiant de génériques, dont l'augmentation a été progressive jusqu'à représenter environ un quart de l'ensemble des patients sous BHD en 2011 (figure 5.1). Au total, près de 105 000 patients théoriques auraient ainsi bénéficié de BHD sous sa forme princeps ou générique.

Il s'agit de patients théoriques puisque les patients réels ne sont pas tous 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 cours de l'année, au moins une prescription d'un traitement de substitution est donc logiquement plus élevé que le nombre de patients théoriques. Par ailleurs, ce calcul d'un nombre de patients théoriques ne prend pas en compte les mésusages et les détournements de BHD. Le nombre de patients qui suivent effectivement un TSO est plus faible, même s'il est encore difficile de donner un chiffre précis : la frontière entre patients suivant un traitement et personnes bénéficiant de prescriptions de BHD (mais ne pouvant être considérées comme suivant un traitement) étant mal définie.

Figure 5.1 : Traitements de substitution aux opiacés : estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (Subutex® et génériques 8 mg, méthadone® 60 mg) entre 1995 et 2011 (à partir des remboursements en ville et à l'hôpital)



Source : SIAMOIS (InVS)

L'utilisation de la morphine dans un but de substitution (généralement du sulfate de morphine prescrit sous forme de gélules à libération prolongée) concerne plusieurs milliers de patients, qui le plus souvent l'injectent, mais ne bénéficie d'aucun cadre légal de prescription, ni d'aucune évaluation des bénéfices et des risques pour cette utilisation en tant que traitement de substitution.

L'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés

Il n'existe pas, à ce jour, de source fiable et actualisée régulièrement renseignant le nombre de personnes ayant arrêté un TSO dans les différents dispositifs (spécialisés ou généralistes). Il faut noter qu'une part importante des addictologues et psychiatres spécialisés français sont réticents à l'arrêt total trop rapide du traitement substitutif, par crainte de la rechute et des surdoses qui peuvent en découler.

Mésusages et trafic de BHD

Une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et n'est pas consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de

l'Assurance maladie sur les traitements de substitution aux opiacés¹¹⁸ : un des indicateurs principaux du mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j¹¹⁹) a été divisé par trois entre 2002 et 2007. Six pour cent des sujets avaient ainsi reçu plus de 32 mg/j de BHD en 2002 contre 1,6 % en 2007 (Canarelli *et al.* 2009). Depuis, cet indicateur est resté stable (1,7 % en 2011) (Brisacier *et al.* à paraître). Par ailleurs, 73 % des patients recevant de la BHD sont en traitement régulier¹²⁰ et donc a priori inclus dans un processus thérapeutique. Les bénéficiaires « non réguliers » de ces traitements ne sont toutefois pas forcément en dehors de toute démarche de soins, tandis que les usagers prenant ce médicament dans une logique de soins ne sont pas exempts de certaines formes de mésusage (INSERM 2012).

Les observations de terrain dans l'espace festif techno ont montré que l'usage de ce produit était marginal et sa disponibilité faible, hormis lors de très grands événements musicaux.

Il semble néanmoins que les mesures prises n'aient eu qu'un impact temporaire sur la disponibilité de la BHD sur le marché parallèle, en milieu urbain (cf. chapitre 10). Depuis 2007, des modalités de trafic plus organisées se sont développées dans certaines régions, notamment les régions parisienne et marseillaise et dans l'est de la France. Dans un premier temps, moins d'usagers ont revendu des surplus, mais il y a eu des fraudes plus organisées à l'Assurance maladie, par une organisation collective de « doctor shopping » (vols de cartes vitale, recrutement de « faux usagers », consultations dans plusieurs départements...) (Cadet-Taïrou *et al.* 2012a).

En 2011, dans l'espace urbain, la BHD est donc décrite comme très facilement disponible et facilement accessible sur le marché parallèle avec un prix moyen national qui se stabilise autour de 5 € le comprimé de 8 mg de Subutex® mais subit des variations différentes selon les villes en fonction des aléas du marché (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b). La persistance d'une forte disponibilité perçue pourrait être liée à la diminution de la demande de BHD en tant que drogue. Elle subit en effet la concurrence de l'héroïne et dans une moindre mesure de la méthadone dont la disponibilité s'accroît. La BHD reste cependant l'opiacé de base des usagers les plus pauvres. Seul le médicament princeps (Subutex®) est présent sur le marché parallèle, les génériques de la BHD étant réputés moins facilement injectables ou sniffables du fait de leurs excipients (Cadet-Taïrou 2012). En 2012, le seul phénomène nouveau, rapporté par le site TREND (cf. Annexe V-TREND) de Bordeaux, est le développement chez des usagers jeunes et précaires de la pratique de « chasse au dragon¹²¹ » de comprimés préalablement réduits en poudre, laquelle s'inscrit dans la tendance observée par ailleurs du développement de l'inhalation à chaud (cf. chapitre 4) (Cadet-Taïrou *et al.* 2013b).

¹¹⁸ 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 rappeler à l'ordre les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou 5 pharmacies différentes délivrant le traitement ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg.

¹¹⁹ La posologie d'entretien de la BHD est de 8 mg/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).

¹²⁰ Les patients en traitement régulier sous BHD sont les sujets ayant des délais entre 2 délivrances de moins de 35 jours ou des délais légèrement dépassés (36-45 jours) pour 3 occurrences au maximum. La durée réglementaire maximale de prescription est de 28 jours.

¹²¹ La chasse au dragon consiste à inhaler les vapeurs produites par le chauffage à l'aide d'un briquet de l'héroïne déposée au préalable sur une feuille d'aluminium. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires extrêmement perméables aux gaz et non au niveau de la muqueuse nasale comme le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

Trois modes d'administration existent 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. Il leur permet de pallier la dégradation du capital veineux et les complications sanitaires dues à la fréquence des injections. D'après les résultats de l'enquête OPPIDUM menée en 2011 (CEIP de Marseille 2012), 6 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique ont pratiqué l'injection de BHD, ils étaient 9 % en 2010. Le sniff est pratiqué par 4 % d'entre eux (10 % en 2010) et l'inhalation par une part infime des usagers. En 2012, parmi les personnes vues dans les CAARUD, 54,2 % des consommateurs de BHD au cours du dernier mois signalent l'avoir injectée durant cette période (ils étaient 50,9 % en 2010), soit plus que la voie orale (45,9 %), 25,9 % disent l'avoir sniffée et 5,1 % l'avoir fumée. La BHD est le premier produit injecté pour 8,2 % des usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au moins une fois au cours de la vie (Cadet-Taïrou 2012).

Deux groupes de population en particulier utilisent la BHD comme une drogue : d'une part les usagers de drogues les plus précarisés, des hommes pour 90 % d'entre eux, sans domicile, dont une partie est en situation illégale sur le territoire français et qui consomment essentiellement des médicaments et de l'alcool ; et d'autre part les jeunes en errance, fortement polyusagers (INSERM 2012).

En 2011, le réseau français des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) a été alerté par des signalements de lésions cutanées - évoluant pour certaines vers la nécrose - survenant suite à l'injection par voie intraveineuse après écrasement et dilution de comprimés sublinguaux de BHD. Sur les 27 cas notifiés, 23 étaient survenus avec les génériques du Subutex®. Les membres de la Commission des stupéfiants et psychotropes se sont prononcés en faveur de la mise en œuvre d'investigations supplémentaires sur le rôle des excipients dans la survenue des lésions induites par l'injection de BHD (Subutex® et ses génériques) (ANSM 2013).

Mésusage de la méthadone

En dépit de l'apparition, parallèlement à sa diffusion, d'un mésusage plus visible de la méthadone, celui-ci reste modéré par rapport à celui de la BHD. En 2012, la forme sirop fait toujours l'objet d'un certain nombre de détournements, pour l'essentiel des « dépannages » entre usagers ou des micro-trafics. Des cas d'injection de méthadone en sirop par des populations migrantes précarisées originaires d'Europe de l'Est, de même que des entrées dans la dépendance aux opiacés, via le médicament, chez de jeunes précaires, ont été signalés à Paris et à Rennes (cf. chapitre 10). Les prix moyens du flacon de 60 mg divergent de manière importante selon les sites : ils vont de 5 € à Paris à 20 € à Toulouse en 2011. En revanche, la forme gélule reste dans l'ensemble peu concernée par le marché noir : disponible sur le marché depuis 2008, un certain nombre de sites du dispositif TREND (Rennes, Lille, Bordeaux, Toulouse et Paris) ont fait état pour la première fois en 2011 de circulation de gélules sur le marché parallèle, mais en 2012 ce phénomène n'a pas été observé. Déjà signalée depuis 2006, la prise de méthadone en autosubstitution (utilisation par l'utilisateur de méthadone non prescrite dans un but de substitution) est une pratique qui tend à se généraliser sur l'ensemble des sites TREND (Cadet-Taïrou *et al.* 2013b; Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

Traitement de substitution en milieu hospitalier

Une enquête menée en 2007 par l'OFDT (Obradovic *et al.* 2008a) pour évaluer l'impact de la circulaire du 30 janvier 2002¹²² relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé (en milieu hospitalier comme en milieu pénitentiaire) a permis de montrer que l'accessibilité de la méthadone avait progressé sur ces deux fronts en six ans.

Le volet de l'enquête réalisée 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. Cela est valable 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. Il ressort également de cette enquête 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.

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2010 à 7,9 %, soit environ 5 000 personnes, dont 68,5 % sous BHD (cf. chapitre 9). Elle est significativement plus élevée chez les femmes (DGS 2011). La part des personnes sous TSO est en augmentation par rapport à 1998 et 2004 (elle était alors respectivement à 2,2 % et 6,6 %).

En 2010, l'expertise collective de l'INSERM relative à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues recommandait que le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué (INSERM 2010). L'accès aux TSO est désormais effectif dans tous les établissements pénitentiaires, ce qui n'était pas le cas en 2003 (Obradovic 2004). En outre, pour 31 % des personnes détenues sous TSO, le traitement a été initié durant l'incarcération. Néanmoins, la diversité de l'offre est insuffisante : 5 % des établissements ne proposent que l'un des deux médicaments. Enfin, la continuité des soins à la sortie de prison doit être améliorée en généralisant des procédures formalisées pour les patients traités par TSO. Celles-ci n'existent que dans 55 % des établissements (DGS 2011).

Le guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral a été réactualisé en 2013 (Ministère des affaires sociales et de la santé *et al.* 2013). Il est construit sous forme de 14 fiches et propose une synthèse des données existantes pour la période 1998-2011 et une présentation des recommandations de bonnes pratiques de prise en charge.

Le point de vue des patients sous TSO

Une étude qualitative auprès de personnes suivant un TSO apporte un éclairage sur l'expérience de la substitution (Langlois 2011). Les patients oscillent dans leur perception des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) entre médicament et drogue. Cette perception des MSO peut les amener à douter de la finalité du traitement : va-t-il les soigner ou bien est-il un outil de contrôle social ? Le phénomène est davantage marqué pour la BHD que pour la méthadone, dont le mode de dispensation est plus contrôlé, qui est rarement injectée et qui jouit d'une image thérapeutique plus affirmée.

¹²² Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)

L'efficacité des traitements est globalement reconnue par les patients, notamment en ce qui concerne le manque et la douleur. Au moment de l'entrée dans la substitution, la relation thérapeutique est centrée sur la question du dosage. Puis le rapport au traitement évolue et le mésusage s'estompe. Quant à la sortie de la substitution, bien qu'espérée par les patients, cette perspective s'amenuise au fil du temps, tandis qu'une partie d'entre eux ne l'envisage même plus. Au final, entre une attitude plus ou moins conformiste ou « déviante » par rapport aux règles inhérentes à ces traitements, différents profils émergent, entre lesquels les patients recevant un TSO peuvent évoluer (Langlois 2011; Costes 2010).

5.3. Accès aux soins (ST24 2013)

Nombre total de patients pris en charge

En France, seules les personnes vues dans les CSAPA font l'objet d'un recueil de données compatible avec le protocole d'enregistrement des demandes de traitement de l'OEDT. Ce recueil n'est pas exhaustif, puisqu'en 2012 environ un tiers des CSAPA n'a pas fourni de données. Par ailleurs, les données TDI (indicateur de demande de traitement) ne portent que sur les nouveaux patients, personnes qui commencent ou recommencent un traitement dans un centre, ce qui exclut toutes les personnes qui étaient déjà suivies sans interruption l'année passée dans le même centre. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres sources pour évaluer le nombre total de personnes venues chercher de l'aide auprès de professionnels en raison d'une consommation problématique de drogues illicites.

On dispose actuellement de données assez précises sur le nombre de personnes prises en charge dans les centres spécialisés. Les CSAPA doivent en effet fournir chaque année aux autorités administratives un rapport d'activité dans lequel figurent certaines données sur les personnes accueillies au cours de l'année écoulée (cf. Annexe V-Rapports d'activité des CSAPA). Le taux de réponse est proche de 90 % chaque année et presque de 100 % sur une période de deux ans. À partir de ces rapports d'activité, il est possible d'évaluer à environ 109 000 (104 000 hors doubles comptes) le nombre de personnes vues dans les CSAPA ambulatoires en 2010¹²³ pour un problème avec les drogues illicites. Comparativement à ce chiffre, 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 CSAPA ambulatoires. Ces centres adressent en effet aux centres résidentiels une part importante des patients qui y sont hébergés. Dans les CSAPA en milieu pénitentiaire, on peut évaluer à environ 5 700 le nombre de personnes vues pour un problème avec les drogues illicites en 2010.

En médecine de ville, les seules données disponibles au niveau national portent sur les personnes qui suivent un traitement de substitution. En 2010, plus de 150 000 personnes se sont fait rembourser leur traitement de substitution par les organismes de sécurité sociale. Une partie de ces personnes peut également avoir été suivie conjointement ou successivement dans un CSAPA au cours de l'année.

En ce qui concerne les hôpitaux, on dispose de données nationales issues du système d'information médico économique (PMSI¹²⁴) sur le nombre d'hospitalisations dans les services

¹²³ Derniers chiffres disponibles à la date de rédaction de ce rapport.

¹²⁴ <http://stats.atih.sante.fr/mco/catalogmco.php> [Dernier accès le 29/07/2013]

de médecine, de chirurgie et d'obstétrique 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). Il y a eu environ 7 700 hospitalisations en 2012 dont un peu plus de 2 000 qui concernaient des consommateurs d'opiacés, près de 2 000 des consommateurs de sédatifs et d'hypnotiques, environ 1 400 touchaient des consommateurs de cannabis et près de 1 600 des polyconsommateurs. Il faut noter que ces données n'incluent pas les passages dans les services d'urgence, ni les personnes vues en ambulatoire dans les consultations hospitalières en addictologie. Des doubles-comptes entre les personnes hospitalisées et celles vues dans les centres spécialisés ou en médecine de ville peuvent également exister.

5.3.1. Caractéristiques des patients pris en charge

Patients vus dans les centres en ambulatoire

En 2012, 176 CSAPA ambulatoires ont participé au dispositif RECAP, soit un peu plus des deux tiers des CSAPA accueillant principalement des usagers de drogues illicites. **Les données ci-dessous concernent plus de 45 000 patients (appelés « nouveaux patients ») qui ont commencé un 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 %¹²⁵ de l'ensemble des nouveaux patients accueillis en 2012, cette part étant plus faible chez les femmes (26 % contre 32 % chez les hommes). Les autres patients (les 69 % restants) ont déjà été suivis auparavant pour un problème d'addiction mais débutent un nouvel épisode de traitement dans un CSAPA. Le pourcentage de primo-patients par rapport à la totalité des patients doit être considéré avec prudence, les informations concernant l'existence de traitements antérieurs étant inconnue dans 25 % des cas.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

En 2012, parmi les nouveaux patients, quatre sur cinq (81 %) étaient de sexe masculin. Ils étaient en moyenne âgés de 30,8 ans. Les femmes sont en moyenne un peu plus âgées que les hommes (31,4 ans contre 30,6). Cet âge moyen est le résultat du mélange de deux sous-populations, les usagers de cannabis d'un côté, avec un âge moyen situé entre 25 et 26 ans, et les usagers d'opiacés et de cocaïne de l'autre côté, avec un âge moyen d'environ 34 ans. Les tranches d'âge les plus largement représentées chez les nouveaux patients sont celles des 20-25 ans et 25-29 ans, chacune de ces classes d'âge représentant environ 20 % des nouveaux patients. Les moins de 25 ans représentent 33 % du total. Un peu plus de 20 % des patients sont âgés de plus de 40 ans (tableau 5.1).

La proportion d'hommes parmi les patients ayant recours aux soins pour la première fois est un peu plus importante que parmi l'ensemble des nouveaux patients (83 % contre 81 %). Les primo-patients sont surtout nettement plus jeunes. Leur âge moyen est de 25,7 ans. Un peu plus de la moitié de ces patients a moins de 25 ans et 10 % sont âgés de 40 ans et plus.

¹²⁵ Sauf mention contraire, tous les pourcentages sont calculés par rapport aux totaux, une fois exclues les réponses manquantes ou les réponses « Ne sait pas ».

Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2012

Âge	Nouveaux patients (N= 44 960)	Primo patients (N= 10 210)
- de 20 ans	15,5	32,1
20-24 ans	17,7	24,5
25-29 ans	18,3	16,3
30-34 ans	15,7	10,7
35-39 ans	11,3	6,5
40-44 ans	9,6	4,7
45-49 ans	6,3	2,7
50 ans et +	5,6	2,6
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

Les nouveaux patients entrent le plus fréquemment en contact avec les centres de soins de leur propre initiative (34 %) ou après orientation par un service judiciaire ou policier (30 %) (tableau 5.2). Cette dernière orientation représente une part beaucoup plus faible chez les femmes (13 % contre 35 % chez les hommes). Parmi les primo-patients, cette orientation concerne près de la moitié des effectifs (47 %). La plupart des personnes adressées par le tribunal ou la police dans un centre de soins sont des usagers de cannabis.

Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2012

Origine du traitement	Nouveaux patients (N= 36 457)	Primo patients (N= 9 526)
Initiative propre au patient	34,3	22,4
Famille ou amis	9,1	10,4
Autres centres spécialisés pour les toxicomanes	5,7	1,5
Médecins généralistes	6,6	3,9
Hôpital ou autre établissement médical	5,1	3,6
Services sociaux	3,9	3,9
Police, tribunaux ou injonction thérapeutique	30,3	47,2
Autre	5,1	6,9
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

Les nouveaux patients vivent le plus souvent avec leurs parents ou seuls (respectivement 36 % et 27 %) (tableau 5.3) et la plupart du temps dans un logement stable (79 %) (tableau 5.4). Toutefois, presque 20 % d'entre eux ont indiqué qu'ils vivaient dans des conditions de logement précaires. Les femmes se différencient des hommes : elles vivent dix fois plus souvent qu'eux seules avec leur enfant (10 % contre 1 %), et plus souvent avec un partenaire (18 % contre 11 %). Elles habitent en contrepartie beaucoup moins souvent avec leurs parents (26 % contre 38 %). En raison du pourcentage important de personnes plus jeunes dans ce groupe, les primo-patients sont moins susceptibles de vivre seuls et vivent plus fréquemment (49 %) avec leurs parents.

Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2012

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Nouveaux patients (N= 35 752)	Primo patients (N= 9 874)
Seul	27,4	20,0
Avec les parents	35,8	49,7
Seul avec un enfant	3,0	2,2
Avec un partenaire mais sans enfants	12,2	9,8
Avec un partenaire et un (des) enfant(s)	11,6	9,2
Avec des amis	3,5	2,6
Autre	6,6	6,6
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2012

Type d'habitat	Nouveaux patients (N= 37 530)	Primo patients (N= 9 879)
Logement stable	79,1	86,4
Logement non stable	18,4	11,8
Logement en institution	2,5	1,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

La somme des personnes économiquement inactives (retraités, au foyer, invalides) et des sans emploi (tableau 5.5) représente 45 % des nouveaux patients. Un peu plus d'un quart (27 %) a un travail régulier et 16 % sont toujours lycéens ou étudiants. Le pourcentage de personnes économiquement inactives est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (26 % contre 21 %). Parce qu'ils sont plus jeunes, les primo-patients se caractérisent par une part plus importante d'étudiants et de lycéens et plus faible d'économiquement inactifs par rapport à l'ensemble des nouveaux patients.

Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2012

Situation professionnelle	Nouveaux patients (N= 35 979)	Primo patients (N= 9 634)
Emploi régulier	26,7	25,1
Étudiant, lycéen	15,5	27,3
Inactif sur le plan économique	21,6	15,4
Sans emploi	23,4	18,9
Autre	12,9	13,3
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

Près des deux tiers (61 %) des nouveaux patients ont déclaré avoir atteint le niveau secondaire ; 4 % n'avaient pas dépassé l'école primaire et 34 % ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Les femmes se caractérisent par un pourcentage nettement plus élevé ayant un niveau supérieur au secondaire (46 % contre 31 %). La répartition du niveau d'études n'est pas différente chez les primo-patients.

Usages de drogues

En 2012, près de la moitié des nouveaux patients (44 %) a été accueillie dans les centres de soins spécialisés pour des problèmes liés à l'usage de cannabis (tableau 5.6). Une majorité d'entre eux (58 %) a déclaré en consommer tous les jours. Le pourcentage de personnes prises en charge en raison de leur usage de cannabis est nettement plus faible chez les femmes (34 % contre 47 %). La part des consommateurs quotidiens est un peu plus faible chez les hommes (57 % contre 65 %).

La proportion des primo-patients déclarant le cannabis comme produit posant le plus de problèmes est plus élevée que pour l'ensemble des nouveaux patients (63 % contre 44 %). 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. En effet, une partie des usagers interpellés est adressée aux centres de soins par les tribunaux.

Les opiacés sont, après le cannabis, le deuxième type de produits le plus souvent cité comme posant le plus de problèmes : 43 % des nouveaux patients sont dans ce cas. Parmi eux, 64 % citent l'héroïne, la méthadone représentant 9 % et les autres opiacés (principalement la BHD)¹²⁶ 27 %. Parmi ces patients, l'héroïne est le plus souvent consommée par voie nasale (62 %) mais un consommateur d'héroïne sur sept (14 %) utilise l'injection. Le pourcentage d'injecteurs dans le mois est un peu plus élevé (19 %) chez les consommateurs d'autres opiacés. Parmi les usagers d'opiacés, 74 % ont consommé ces substances quotidiennement et 13 % les ont prises régulièrement (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine).

Les femmes sont moins souvent prises en charge pour leur usage de cannabis que les hommes. Elles le sont, en revanche, plus en raison de leur consommation d'opiacés (48 % contre 42 %), et cela quel que soit le type d'opiacé considéré. Le pourcentage de primo-patients déclarant les opiacés comme produit posant le plus de problèmes est bien inférieur à celui de l'ensemble des nouveaux patients (27 % 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. Le recours à l'injection (dans le mois) est moins fréquent dans ce groupe (7 % contre 14 %).

¹²⁶ Pour la méthadone et la BHD, cela signifie une utilisation hors cadre thérapeutique.

Tableau 5.6 : Répartition (en %) en fonction du produit posant le plus de problèmes, en 2012

Première drogue	Nouveaux patients (N= 34 330)	Primo patients (N= 9 539)
1. Opiacés (total)	43,3	27,2
2. Cocaïne (total)	5,9	4,0
2.1. cocaïne	4,6	3,6
2.2. crack	1,3	0,3
3. Stimulants (total)	1,4	1,3
3.1. amphétamines	0,3	0,2
3.2. MDMA et autres dérivés	0,5	0,2
3.3. autres stimulants	0,6	0,9
4. Hypnotiques et sédatifs (total)	2,2	1,4
4.1. barbituriques	0,2	0,1
4.2. benzodiazépines	1,3	0,6
4.3. autres	0,8	0,8
5. Hallucinogènes (total)	1,5	2,4
6. Inhalants volatiles	0,2	0,2
7. Cannabis (total)	44,3	62,5
9. Autres substances (total)	1,2	1,0
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2012 (OFDT)

Note : Les détails par produit ne sont pas indiqués pour les groupes Opiacés et Hallucinogènes, en raison de difficultés de codage de ces produits, suite aux mises à jour des logiciels de gestion des dossiers patients des CSAPA.

Après le cannabis et les opiacés, la cocaïne est, loin derrière, le troisième produit le plus souvent en cause dans la prise en charge ; elle est mentionnée par un peu plus de 5 % des patients. Parmi eux, la proportion en consommant tous les jours est beaucoup plus faible que lorsqu'il s'agit d'opiacés (32 % contre 72 % pour les usagers d'héroïne). La cocaïne est très majoritairement sniffée (69 %) et plus rarement fumée (18 %). Les usagers de cocaïne sont 12 % à avoir eu recours à l'injection dans le mois, proportion presque identique à celle observée chez les usagers d'opiacés. La cocaïne est un peu moins souvent mentionnée chez les primo-patients mais la différence n'est pas très importante. La cocaïne est également un produit plus souvent mentionné comme produit secondaire que comme produit posant le plus de problèmes. Parmi les nouveaux patients pour lesquels on dispose d'une information sur les produits, 15 % mentionnent l'usage de la cocaïne en produit secondaire. La cocaïne comme produit secondaire se rencontre dans les trois quarts des cas chez des usagers dont un opiacé est le produit posant le plus de problèmes.

Patients vus dans les centres avec hébergement

Le nombre de patients vus dans les centres de soins avec hébergement ne représente qu'une très faible proportion des patients vus dans l'ensemble des CSAPA. L'influence des caractéristiques de ces patients sur celles de l'ensemble des patients est négligeable. En 2012, 25 centres avec hébergement ont fourni des données RECAP sur environ 1 000 patients.

La presque totalité des patients accueillis dans les centres avec hébergement se sont déjà fait aider par un professionnel du soin pour leur addiction. Il est rare que les patients fassent une demande de traitement directement à ces centres. Dans la plupart des cas ils sont adressés, au moins la première fois, par d'autres centres de soins. Les deux tiers de ceux accueillis dans les centres avec hébergement ont été adressés par le secteur sanitaire. Un quart des patients a déclaré être venu de sa propre initiative.

Les patients vus dans les centres avec hébergement sont en moyenne plus âgés que ceux vus en ambulatoire (34,7 ans contre 30,8 ans). Ces centres accueillent en général les patients avec les problèmes d'addiction les plus graves. Ces personnes sont également le plus souvent en situation d'exclusion sociale. Cela explique, en partie, la très faible représentation des mineurs et des moins de 20 ans, dont la situation peut paraître moins défavorable du point de vue de l'addiction et de l'insertion sociale que celle de patients plus âgés. Le déficit de l'offre d'hébergement thérapeutique pour les plus jeunes est cependant souvent souligné par les addictologues. Les mineurs et les moins de 20 ans dont la situation justifierait un séjour dans un centre trouveront difficilement une place disponible. Si les plus jeunes sont peu représentés, 32 % des nouveaux patients accueillis dans ces centres ont toutefois moins de 30 ans.

La plus grande exclusion sociale caractérisant cette population se traduit par le pourcentage encore plus élevé de patients, relativement à ceux vus en ambulatoire, qui vivent seuls (49 %), qui sont logés de façon précaire (46 %) ou qui sont au chômage ou économiquement inactifs (respectivement 37 % et 34 %).

Âge plus élevé, de même que gravité des problèmes d'addiction et d'exclusion sont davantage associés à la consommation des opiacés et de la cocaïne, bien plus représentés dans cette population (respectivement 48 % et 17 %) que dans celle suivie en ambulatoire. La proportion de personnes suivies dans ces centres en raison de leur usage de cannabis est en contrepartie beaucoup plus faible (24 %). Du fait de la gravité des problèmes d'addiction, la proportion de personnes ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours est nettement plus élevée dans cette population : elle atteint près de 34 % chez les personnes pour qui un opiacé constitue le produit posant le plus de problèmes et 24 % quand il s'agit de la cocaïne.

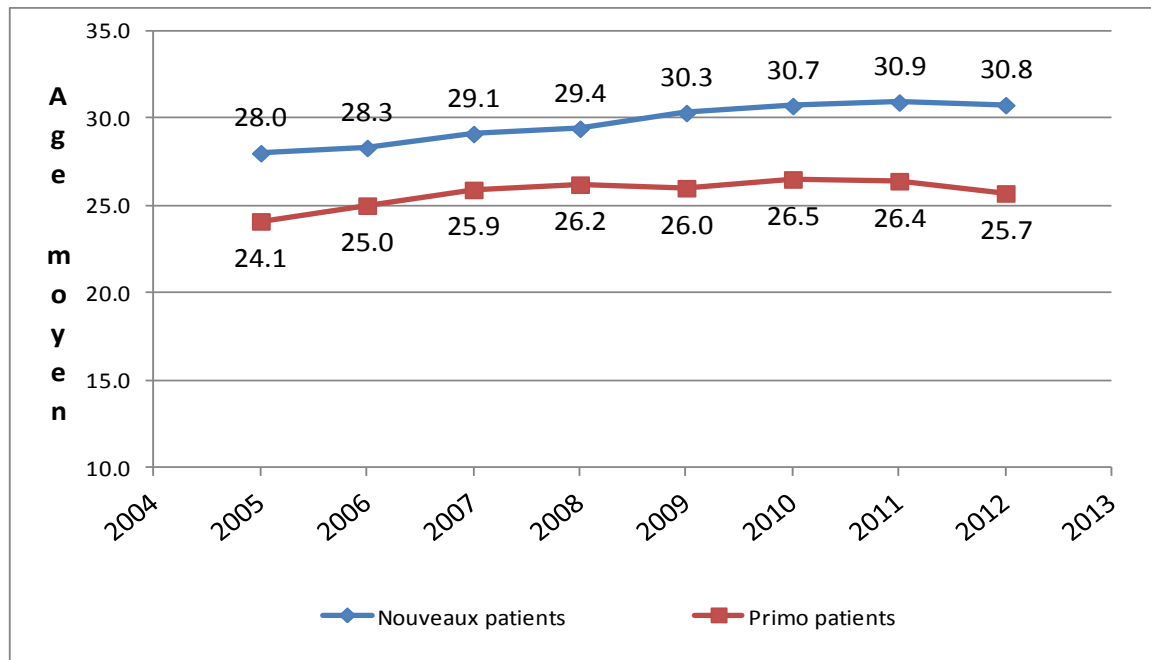
5.3.2. Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo patients pris en charge dans les CSAPA

Les données sur les patients compatibles avec le protocole TDI (indicateur de demande de traitement) ne sont disponibles en France que depuis 2005. Les évolutions ne peuvent donc être véritablement suivies que sur une période assez courte. En ce qui concerne les centres avec hébergement, les fortes variations des effectifs, liées à celle des taux de réponse, rend difficile l'interprétation des évolutions. Par conséquent, seules les tendances relatives aux patients vus en ambulatoire seront abordées dans cette section.

On dispose maintenant de données sur la période 2005-2012. Les deux premières années (2005 et 2006) correspondent cependant à une phase de mise en place du recueil de données avec un taux de participation assez bas pour ces deux années (moins de 50 % en 2005, un peu plus de 50 % en 2006). Les évolutions observées sur ces deux premières années doivent donc être interprétées avec prudence. Sur les six années suivantes, le taux de participation des centres à l'enquête a été en moyenne de deux tiers, les structures répondantes n'étant de plus pas toujours les mêmes. Cette situation peut entraîner des fluctuations au niveau des données qui ne sont pas forcément le reflet d'évolutions dans la situation des patients. Seules les grandes tendances se manifestant de façon constante sur plusieurs années doivent ainsi retenir l'attention.

L'âge moyen des patients a été en augmentation continue entre 2005 et 2011, passant de 28 ans à presque 31 ans, et s'est stabilisé en 2012 (figure 5.2).

Figure 5.2 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2012



Source : RECAP (OFDT)

L'observation de l'évolution de la distribution par tranche d'âge (tableau 5.7) fait apparaître que ce vieillissement est surtout lié à une diminution d'environ 10 points de la part des 15-24 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus, dont la part a doublé, passant de près de 11 % en 2005 à plus de 22 % en 2012. Entre 2007 et 2012, cette baisse s'observe surtout chez les 20-24 ans. Pour interpréter ces évolutions, il faut cependant garder à l'esprit que, d'après les rapports d'activité fournis par les CSAPA, le nombre de personnes accueillies a tendance à augmenter d'année en année. Une diminution de la part des plus jeunes ne veut pas forcément dire que leur nombre diminue en termes absolus. Entre 2011 et 2012, la répartition par âge est restée assez stable, à l'exception d'une progression de la part des moins de 20 ans au détriment des 20-29 ans. Concernant les primo patients, leur âge moyen est resté relativement stable entre 2008 et 2011, et il baisse légèrement en 2012, retrouvant ainsi le niveau de 2007.

Tableau 5.7 : Répartition de l'ensemble des nouveaux patients par tranche d'âges (en %), évolution entre 2005 et 2012

Classe d'âge	2005 (N=20 989)	2006 (N=31 674)	2007 (N=41 205)	2008 (N=44 631)	2009 (N=44 339)	2010 (N=45 247)	2011 (N=45 247)	2012 (N=44 960)
<15	0,6	0,8	0,7	1,4	1,2	1,1	1,4	2,0
15-19	16,0	14,8	11,9	11,3	11,4	10,4	12,1	13,5
20-24	24,8	25,2	24,7	23,3	20,4	19,6	18,6	17,7
25-29	19,0	19,4	21,2	21,4	20,2	20,5	19,1	18,3
30-34	16,6	15,4	14,9	14,6	14,8	15,9	15,7	15,7
35-39	12,3	12,3	12,5	12,7	13,4	13,0	11,8	11,3
40-44	6,8	7,1	8,4	8,4	9,3	9,7	10,0	9,6
45-49	2,5	3,2	3,5	4,2	5,4	5,4	6,1	6,3
50-54	0,8	1,2	1,4	1,7	2,3	2,5	3,0	3,2
55-59	0,3	0,5	0,6	0,7	1,0	1,1	1,2	1,4
60-64	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6
≥ 65	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

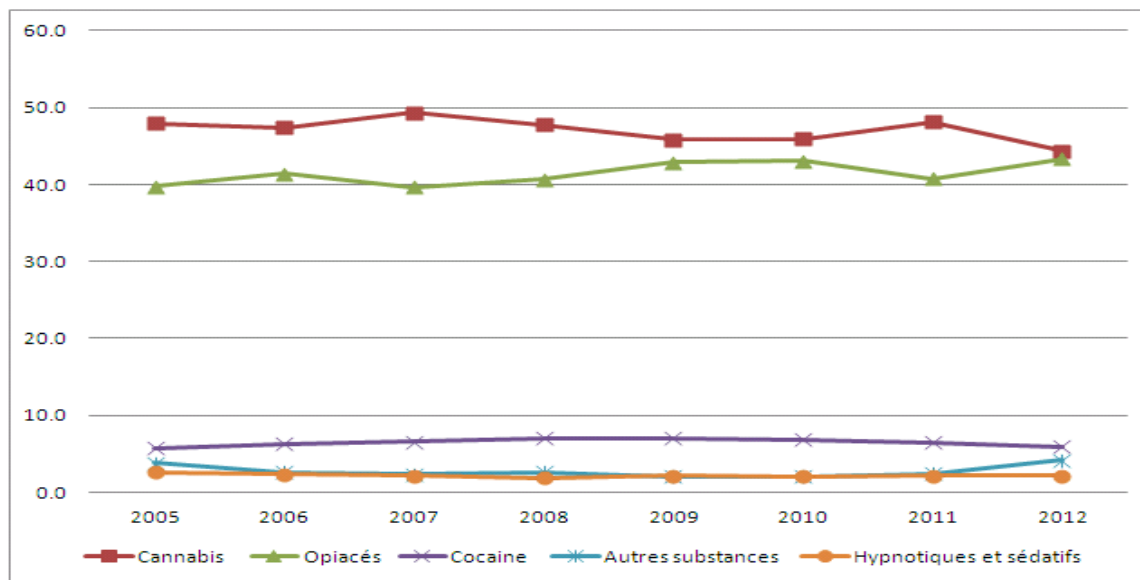
Source : RECAP (OFDT)

Ce vieillissement des personnes accueillies dans les centres a des répercussions sur certaines caractéristiques des patients. Ainsi, en cohérence avec la diminution de la part des 15-24 ans, le pourcentage de personnes vivant chez leurs parents est en diminution constante, passant de 42 % à environ 36 %, alors que la part des personnes vivant seules augmente de 25 % à 27 %. Pour des raisons également liées à la modification de la répartition par tranches d'âge, la part des élèves et des étudiants est en légère régression, passant de 17 % en 2005 à 16 % en 2012.

Par ailleurs, la proportion de personnes bénéficiant de conditions de logement stables est plutôt orientée à la hausse depuis 2005, passant de 75 % à 79 % en 2012. Il est difficile de savoir si cette évolution est aussi une conséquence de l'augmentation de l'âge moyen ou si elle est liée à d'autres facteurs.

En ce qui concerne la répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes, les données sur la période 2007-2012 font apparaître une tendance à la baisse de la part du cannabis, malgré l'augmentation constatée en 2011, et une tendance presque symétrique à la hausse pour les opiacés (figure 5.3).

Figure 5.3 : Évolution de la répartition des patients pris en charge dans les CSAPA suivant les produits posant le plus de problèmes (en %), 2005-2012



Source : RECAP (OFDT)

Chez les primo-patients, les évolutions semblent différentes : la part des opiacés, après avoir constamment diminué depuis 2006, est en nette augmentation en 2012 (passant de 20 % en 2011 à 27 %). Par ailleurs, après 6 ans d'augmentation, la part du cannabis est retombée en 2012 au niveau atteint en 2006 (63 %).

Les évolutions entre 2011 et 2012 doivent cependant être considérées avec précaution. Suite aux évolutions du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement, des modifications des logiciels utilisés par les CSAPA ont été introduites en 2012. Cela a pu avoir pour conséquence d'entraîner des perturbations sur les données correspondant à certaines réponses, notamment sur les produits posant le plus de problèmes.

En ce qui concerne les modes de consommation, les données sur les années 2007 à 2011 font apparaître une stabilité du pourcentage de personnes prises en charge pour un problème de consommation d'opiacés ayant utilisé la voie intraveineuse dans le mois précédant leur inclusion (tableau 5.8). Pour les raisons qui viennent d'être évoquées, les données de 2012 sont clairement incohérentes avec celles des années précédentes et n'ont donc pas été produites dans ce rapport.

Tableau 5.8 : Pourcentage des patients ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours, suivant le produit posant le plus de problèmes, évolution entre 2005 et 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Opiacés (total)	24,8	24,6	20,9	21,2	20,9	20,6	21,2
1.1. héroïne	20,6	20,5	17,0	17,8	17,2	17,1	17,6
1.2. méthadone	17,4	13,2	11,3	10,3	12,0	14,8	15,6
1.3. autres opiacés (dont BHD)	44,1	44,3	39,6	39,9	39,5	39,0	37,7
2. Cocaïne (total)	15,4	16,2	13,1	14,4	13,7	13,7	15,1
2.1. cocaïne	18,0	18,1	14,4	15,5	15,2	14,7	17,0
2.2. crack	6,6	8,8	7,8	10,7	9,3	10,7	9,5

Source : RECAP (OFDT)

Lecture du tableau : en 2011, 17,6 % des nouveaux patients pris en charge pour un problème de consommation d'héroïne ont utilisé au moins une fois la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours ; cela ne signifie pas obligatoirement que tous ces patients consomment l'héroïne par voie intraveineuse. Même si c'est sans doute rarement le cas, il est possible qu'un usager ne se soit pas injecté l'héroïne dans les 30 derniers jours mais un autre produit.

Note : Les données sur l'injection ne sont pas reprises pour l'année 2012 en raison des mises à jour des logiciels de gestion des dossiers patients dans les CSAPA.

6. Conséquences sanitaires

6.1. Introduction

L'usage de drogues peut être directement à l'origine d'infections virales (VIH/sida et hépatites), d'autres pathologies infectieuses liées aux injections ou encore de troubles en rapport avec le ou les produits consommés, en particulier les surdoses. D'autres affections sont liées à des conditions d'existence précaires comme la tuberculose, à un style de vie marqué par la prise de risques (maladies sexuellement transmissibles¹²⁷) ou aux comorbidités psychiatriques et somatiques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues. 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 les données recueillies dans le cadre de différentes enquêtes :

- Les prévalences déclarées du VIH, du VHB et du VHC : elles sont fournies, à partir de 2005 (Palle *et al.* 2007), via le dispositif RECAP (patients vus dans les centres de soins, les CSAPA) et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structures dites « à bas seuil d'exigence », nommées CAARUD, notamment les enquêtes PRELUD (cf. Annexe V-PRELUD) et ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD).
- Les prévalences biologiques du VIH et du VHC, reposant sur des prélèvements sanguins, sont connues à partir de l'enquête Coquelicot (cf. Annexe V-Coquelicot) (Jauffret-Roustide *et al.* 2006), menée en 2004. Une nouvelle édition a eu lieu en 2011.
- Les prévalences biologiques du VIH et du VHC reposant sur des prélèvements salivaires auprès d'usagers des CAARUD : ces données ont été recueillies dans le cadre de l'enquête BioPRELUD¹²⁸ menée par l'OFDT en 2006 dans cinq villes, auprès d'usagers volontaires. Elles ont 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 de drogues. L'analyse des prélèvements salivaires, proposés à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection au VIH et au VHC, a fourni des repères concernant le niveau de ces infections dans la population visée. Les résultats de l'enquête BioPRELUD sont assez difficilement comparables à ceux de l'enquête Coquelicot : la population est différente (dans Coquelicot, il s'agit d'injecteurs et « sniffeurs » rencontrés dans une multiplicité de structures ; dans BioPRELUD, exclusivement d'usagers de structures « à bas seuil d'exigence ») ; les méthodologies des deux enquêtes sont différentes (prélèvements sanguins contre

¹²⁷ Outre l'usage de drogues par injection, les comportements sexuels à risque des usagers de drogues par injection augmentent le risque de maladies sexuellement transmissibles.

¹²⁸ L'enquête BioPRELUD constitue le volet biologique d'une enquête plus large, PRELUD, menée auprès des usagers des CAARUD de 9 villes en 2006 (dont les 5 concernées par BioPRELUD). Les données de prévalence du VIH et du VHC recueillies dans le cadre de PRELUD sont déclaratives.

prélèvements salivaires) ; les usagers sont plus jeunes de 5 ans en moyenne dans l'enquête BioPRELUD ; les villes enquêtées sont différentes.

- Des estimations nationales d'incidence des cas de sida, d'infection par le VIH et de cas d'hépatites B aiguës ont également été réalisées. La notification des cas de sida et des décès au stade sida, qui existe depuis le début des années 1980, est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisée a été mis en place en 2003 par une circulaire de la Direction générale de la santé¹²⁹, rendant également obligatoire la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH (cf. Annexe V-Système de surveillance VIH/sida). Les notifications de cas d'hépatites B aiguës sont obligatoires depuis 2004 (cf. Annexe V-Système de surveillance hépatites B aiguës).

Maladies sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant, parmi les usagers de drogues, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose, ni celle des maladies sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH.

Autres maladies infectieuses

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

Données comportementales

Des éléments d'information quantitatifs (ENa-CAARUD et étude Coquelicot) et qualitatifs (dispositif TREND - cf. Annexe V-TREND - et versant qualitatif de Coquelicot) sur la perception de l'état de santé des usagers de drogues et leurs comportements à risques sont disponibles (Cadet-Taïrou *et al.* 2013b; Jauffret-Roustide *et al.* 2006; Saïd *et al.* à paraître).

Comorbidités psychiatriques

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant la prévalence des pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues.

Comorbidités somatiques

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant la prévalence des comorbidités somatiques chez les usagers de drogues.

Mortalité liée à l'usage de drogues

Il existe actuellement en France deux sources qui recensent les décès par surdose :

¹²⁹ Circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2003-12 du 17 au 23 Mars 2003. (NOR SANP0330122C)

- La statistique nationale des causes de décès (CépiDc-INSERM). Depuis 1968, ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdose sont ceux pour lesquels les certificats de décès font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes (sélection B¹³⁰) fixée par l'OEDT. Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de médicaments particuliers intervient. Certains décès par surdose sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent donc pas être recensés. Par ailleurs, les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées, la mention la plus fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autres précisions. Actuellement, la mise à disposition de ces données n'intervient qu'au bout d'un délai de deux ans.
- Le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – cf. Annexe V-DRAMES). Ce système d'information recense les décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Ces cas sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français. Trente-six experts réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à l'édition 2011 de l'enquête. Les analyses sont menées sur requête du parquet. La définition des cas de surdose utilisée est très proche de celle retenue par l'OEDT (substances illicites et traitement de substitution aux opiacés). Contrairement à la source précédente, DRAMES n'est pas exhaustif. Tout d'abord, ce dispositif ne couvre pas l'ensemble des laboratoires d'analyse toxicologique et, en deuxième lieu, ne recense que les décès pour lesquels les autorités judiciaires ont demandé une analyse toxicologique, ce qui n'est pas systématique. Les données DRAMES sont donc surtout utiles pour connaître la répartition suivant les produits en cause lors des décès par surdose.

Le nombre de décès au stade sida liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse peut être estimé à partir des données du système de surveillance national du VIH/sida coordonné par l'Institut de veille sanitaire.

6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

6.2.1. VIH/sida et hépatites virales B et C (ST9 2013)

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

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH¹³¹ est estimé à 61 300 au 31 décembre 2011¹³², dont 6 088 en 2011 (nombre légèrement en baisse par rapport aux deux années précédentes : 6 266 en 2010 et 6 372 en 2009).

¹³⁰ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [Dernier accès le 29/07/2013]

¹³¹ Les personnes ayant découvert leur séropositivité avant 2003 et celles ignorant leur statut sérologique n'apparaissent pas dans ces chiffres. Cependant, la date de la contamination peut être très antérieure à la date de découverte de la séropositivité.

¹³² Données corrigées des délais de déclaration et de la sous-déclaration.

En 2011, la contamination par usage de drogues par voie injectable ne représente plus que 1,4 % de ces découvertes de séropositivité (85 sur 6 088). Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (57 % des cas) suivi par les rapports sexuels entre hommes (39 %) (InVS 2012). Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact des recommandations (généralisation du dépistage et de sa répétition dans les populations exposées) du plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports 2010) sur les données de surveillance du VIH. En 2008, l'incidence du VIH parmi les usagers de drogues injectables a été estimée à 86 pour 100 000 personnes-années [IC 95 %, 0-192] (Le Vu *et al.* 2010) (tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Nombre de nouvelles infections par le VIH et taux d'incidence parmi les usagers de drogues injectables en France en 2008

	Nouvelles infections par VIH [IC 95 %]	Effectif estimé de la population des usagers de drogues injectables au cours de l'année	Incidence pour 100 000 personnes-années* [IC 95 %]
Usagers de drogues par voie injectable (toutes nationalités, des deux sexes)	70 [0-190]	81 000	86 [0-192]

Source : InVS

* : Cette notion de personnes-années permet d'exprimer un taux d'incidence ; ici, le chiffre signifie que sur 100 000 usagers de drogues ayant pratiqué l'injection au cours de l'année, 86 seront contaminés par le VIH.

Quant au nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues par voie injectable (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 n'en représentent plus que 7,4 % en 2011 (tableau 6.2).

Tableau 6.2 : Nombre de nouveaux cas de sida au total et chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) et part des UDVI dans l'ensemble par année de diagnostic, entre 2001 et 2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
UDVI	405	333	286	283	220	185	158	144	96	121	103
Total nouveaux cas de sida	2 343	2 361	2 185	2 081	2 053	2 343	2 361	2 185	2 081	2 053	1 398
Part UDVI (%)	17,3	14,1	13,1	13,6	10,7	10,1	10,1	8,9	6,6	7,2	7,4

Source : Système de notification obligatoire du VIH/sida (InVS)

Note : Données au 31/12/2011 corrigées des délais de déclaration et de la sous-déclaration

Dispositif de surveillance de l'hépatite B

Le nombre de cas d'hépatites B aiguës déclarés entre 2003 et 2011 s'élève à 1 218, parmi lesquels ont été retrouvés 34 cas (4 % des 715 pour lesquels l'exposition à risque est documentée) en lien avec un usage de drogues. Le taux de couverture de la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë a été estimé à partir d'enquêtes nationales réalisées auprès de deux échantillons aléatoires de laboratoires : il était égal à 23 % en 2005 et entre 9 et 15 % en 2010 (InVS 2013).

Enquêtes de prévalence du VIH, VHC et VHB parmi les usagers de drogues

Les dernières données de prévalence reposant sur des prélèvements biologiques datent des années 2004 (données Coquelicot) et 2006 (données BioPRELUD) et sont difficilement comparables entre elles, en raison d'importantes différences dans les méthodologies d'enquête et les populations interrogées (cf. introduction). Les données plus récentes permettant de suivre l'évolution des prévalences sont déclaratives.

Données reposant sur des prélèvements biologiques

La prévalence biologique sanguine de l'infection à VIH chez les usagers de drogues ayant sniffé ou s'étant injectés au moins une fois au cours de la vie, mesurée dans l'enquête Coquelicot menée en 2004, est égale à 10,8 %. Deux pour cent des usagers se pensaient à tort séronégatifs. La prévalence ne diffère pas selon que l'utilisateur est ou a été injecteur ou non. Elle est plus importante chez les générations les plus anciennes : seuls 0,3 % des usagers de drogues de moins de 30 ans sont infectés.

Dans cette population, pratiquement tous les usagers séropositifs pour le VIH le sont également pour le VHC. La prévalence biologique sanguine de l'infection à VHC chez les usagers ayant déjà sniffé ou s'étant injectés au cours de la vie s'élève à 59,8 %. Une part importante des usagers (27 %) pensaient à tort être séronégatifs (Jauffret-Roustide *et al.* 2009).

En se focalisant sur les usagers de drogues par injection au moins une fois au cours de la vie, la prévalence biologique sanguine de l'infection à VHC s'élève à 73,8 %, celle de l'infection à VIH est de 11,3 % (tableau 6.3). Cette prévalence connaît de forts écarts entre les villes : de 1,5 % à Lille (nord de la France) à 33,7 % à Marseille (sud).

Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues par injection ayant participé à l'étude Coquelicot selon les villes, en 2004

	VIH		VHC	
	% positif	Effectif	% positif	Effectif
Bordeaux	5,1	97	70,7	97
Lille	1,5	63	60,3	63
Marseille	33,7	106	73,3	106
Paris	10,8	228	76	228
Strasbourg	4,4	109	64,4	109
Ensemble des 5 villes	11,3	603	73,8	603

Source : Coquelicot (InVS)

D'après l'enquête BioPRELUD, la prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes rencontrées dans les CAARUD était égale à 8,5 % en 2006 (tableau 6.4). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disaient négatives était égale à 5,0 %.

Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et la classe d'âge, en 2006

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

* : Sur les 484 usagers ayant effectué le test pour le VIH, 17 ont déclaré n'avoir jamais sniffé ni s'être injecté au cours de la vie (alors que 467 l'avaient déjà fait).

Source : BioPRELUD 2006 (OFDT)

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, l'enquête BioPRELUD indique une prévalence égale en 2006 à 32 % parmi l'ensemble des usagers ayant accepté d'être testés. Chez les injecteurs, la prévalence estimée s'élevait à 42 % (tableau 6.5). La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disaient négatives était égale à 8,5 %, traduisant une méconnaissance du statut sérologique.

Tableau 6.5 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et la classe d'âge, en 2006

		S'est injecté au moins une fois dans la vie		S'est injecté et/ou a sniffé au moins une fois dans la vie
		Non	Oui	
Ensemble		N = 138	N = 362	N = 483
Ensemble	N = 500*	32 %	7 %	42 %
< 25 ans	N = 138	13 %	-	15 %
25-34 ans	N = 214	31 %	-	42 %
> 34 ans	N = 148	51 %	-	62 %

* : Sur les 500 usagers ayant effectué le test pour le VHC, 17 ont déclaré n'avoir jamais sniffé ni s'être injecté au cours de la vie (alors que 483 l'avaient déjà fait).

Source : BioPRELUD 2006 (OFDT)

Comme mentionné dans l'introduction, les prévalences obtenues dans ces deux enquêtes sont difficilement comparables. Les données basées sur des prélèvements salivaires ont probablement tendance à sous-estimer les prévalences. Par ailleurs, les usagers inclus dans BioPRELUD sont plus jeunes de 5 ans en moyenne que ceux inclus dans Coquelicot. Or les deux enquêtes montrent des prévalences augmentant fortement avec l'âge. Les différences entre les villes dans lesquelles ont été menées les enquêtes expliquent également les écarts de prévalence : l'absence, dans BioPRELUD, de Paris et de Marseille, villes connues pour leur haut niveau de prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogues, joue dans le sens d'une minimisation des prévalences dans cette enquête ; le poids très important des usagers de ces deux villes dans l'effectif inclus dans Coquelicot a un effet inverse.

Données déclaratives

Données PRELUD (2003-2006)

Les données obtenues dans les 9 villes font apparaître une baisse de la prévalence déclarée du VIH entre 2003¹³³ et 2006 de 10,2 % à 6,2 %. La prévalence déclarée de l'hépatite C diminue entre ces deux années de 43,4 % à 34 %. La baisse est particulièrement marquée chez les moins de 25 ans (de 17,6 % à 8,4 %).

Concernant le virus de l'hépatite B, qui peut se transmettre par le partage des seringues ou par les relations sexuelles, en 2006, quel que soit l'âge, plus du tiers des usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain ignorent leur situation. Les plus de 34 ans étaient toutefois nettement plus nombreux que les jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 % contre 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 quatrième fois en 2012, a permis d'interroger 2 905 usagers vus au cours d'une semaine donnée dans 139 CAARUD¹³⁴. En 2012, la majorité des usagers de drogues a effectué un de ces tests de dépistage au moins une fois (91,1 % pour celui du VIH et 86,7 % pour le VHC).

Parmi les injecteurs au moins une fois dans la vie qui ont pratiqué un test, 6,2 % se déclarent séropositifs au VIH en 2012. Ce pourcentage était de 7,2 % en 2010, 7,7 % en 2008 et 8,7 % en 2006. Les données obtenues parmi les usagers des CAARUD vont dans le sens d'une diminution de la séropositivité déclarée au VIH, d'autant que le taux de dépistage est stable et que la part des tests remontant à moins de six mois augmente (48,4 % en 2012, 44,7 % en 2010 et 41,8 % en 2008, dans l'ensemble de la population des CAARUD).

Concernant l'hépatite C, les données, bien que déclaratives, suggèrent également une décroissance de la prévalence parmi les usagers de drogues. Cette diminution de la séropositivité déclarée est particulièrement notable chez les jeunes de moins de 25 ans injecteurs au cours de la vie : elle est passée de 22,5 % en 2006 à 8,5 % en 2010 et 7,6 % en 2012 (Cadet-Taïrou 2012; Saïd *et al.* à paraître).

Cependant, parmi les personnes qui ont déjà pratiqué l'injection dans leur vie, 5,7 % n'ont jamais été dépistés pour l'infection à VIH et 7,8 % pour l'infection au VHC (contre 11,9 % en 2010 pour les deux virus).

La grande majorité des personnes séropositives pour le VIH (85 %) a consulté au moins un médecin au cours des 12 derniers mois pour cette affection et 73,2 % ont bénéficié d'un traitement dans ce cadre sur la même période (contre 74,6 % en 2010). Concernant les sujets séropositifs au VHC, 64,2 % ont consulté un médecin au cours de cette même période et 36,2 % ont bénéficié d'un traitement pour cette pathologie (contre 36,3 % en 2010).

Des questions concernant le statut par rapport à l'hépatite B ont été introduites dans l'étude ENa-CAARUD 2010. Elles montrent une méconnaissance de leur statut sérologique de la part des usagers. En 2012, 12,4 % des usagers déclarent avoir déjà été infectés par l'hépatite B,

¹³³ Dernière édition de l'enquête « Première Ligne » en 2003, remplacée en 2006 par l'enquête PRELUD

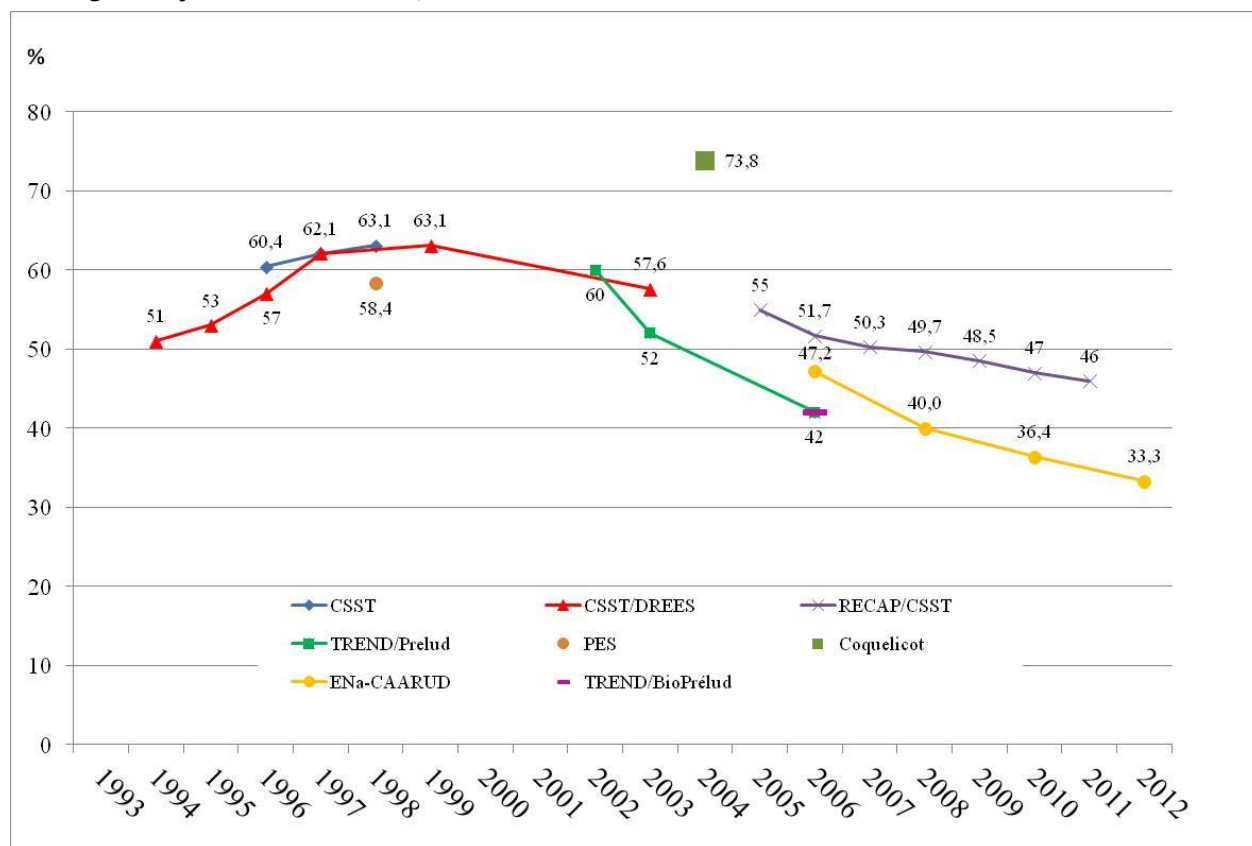
¹³⁴ L'édition de 2010 avait porté sur 2 505 usagers vus dans 112 CAARUD.

74,3 % ne pas l'avoir été et 13,3 % ne pas savoir. Parmi les usagers déclarant ne pas avoir déjà été infectés ou ne sachant pas, 56,5 % se disent vaccinés contre l'hépatite B, 24,0 % déclarent ne pas l'être et 19,4 % ne pas savoir. Toutefois, seuls 44,2 % des usagers se déclarant vaccinés le sont totalement (3 injections), un tiers a débuté une vaccination (1 à 2 injections, 32,1 %) et 23,7 % ignorent le nombre d'injections pratiquées.

Pour le VIH comme pour le VHC, on observe depuis le début des années 2000 un fléchissement de la prévalence déclarée de ces infections chez les usagers de drogues injecteurs (figure 6.1). Cette évolution peut s'expliquer par différents facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de RDR) prises en France ; l'accessibilité plus grande des traitements ; le plus grand accès au dépistage ; et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection (Cadet-Taïrou 2012; Saïd *et al.* à paraître).

Néanmoins, si la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs se situe très certainement en 2012 au dessous de 10 %, celle du VHC se situe à des niveaux encore très élevés, la prévalence déclarée restant vraisemblablement nettement inférieure à la prévalence réelle.

Figure 6.1 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France, entre 1993 et 2012



Sources :

CSST hébergement : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée

DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée

RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée

TREND/PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée

Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques

TREND/BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques

Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

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 6.6 présente certaines de ces conséquences parmi les usagers des CAARUD vus en 2006.

Tableau 6.6 : 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 ou des avant bras	43 % *	30 %	37 %
Gonflements des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %
« Poussières » ¹³⁵	31 %	24 %	27 %

Source : PRELUD 2006 (OFDT)

* différence significative avec un risque d'erreur < 1 % entre les pourcentages parmi les injecteurs de BHD et les injecteurs d'autres produits

6.2.4. Données comportementales

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, celle-ci ayant pu être déjà utilisée. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2012, 8,3 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, mais un sur cinq (21,6 %) a partagé au moins un élément du petit matériel (tableau 6.7). La tendance à la baisse depuis 2008 n'apparaît pas statistiquement significative.

Tableau 6.7 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
	N = 1 061	N = 248	N = 1 311
Seringues	7,5 %	11,6 %	8,3 %
Eau de préparation	13,9 %	22,0 %	15,4 %
Eau de rinçage	6,3 %	11,3 %	7,2 %
Cuillères, récipients	13,4 %	22,1 %	15,0 %
Cotons/Filtres	10,3 %	18,9 %	11,9 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	19,7 %	29,8 %	21,6 %
Au moins un matériel	20,7 %	30,8 %	22,6 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

Les pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. En 2012, les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent au moins un élément du matériel d'injection pour 36,3 % d'entre eux contre 20,7 % des 25 ans et plus ($p < 0,01$) (Saïd *et al.* à paraître). Par ailleurs, plusieurs études font état de prises de risques plus importantes chez les

¹³⁵ Une « poussière » est un terme employé par les usagers de drogues pour désigner une poussée fébrile avec malaise, maux de tête et frissons faisant suite à une injection. Son intensité est variable. Il s'agit en général d'une contamination bactérienne sanguine ou septicémie.

femmes (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b; Jauffret-Roustide *et al.* 2006), en particulier chez les plus jeunes.

Plusieurs sites TREND décrivent depuis 2002 des populations de jeunes en errance 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 fréquemment des conduites radicales (polyusage anarchique, injection), vivent dans des conditions de précarité extrêmes et se rapprochent peu des systèmes de soins (cf. chapitre 8). 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).

En 2012, parmi les 14,2 % d'usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année, 7,6 % ont déclaré s'être injecté, 38,4 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue »¹³⁶ durant leur incarcération (Saïd *et al.* à paraître).

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

En 2008, plus du tiers des usagers des CAARUD se considéraient en mauvaise ou très mauvaise santé physique (35 % en 2006). Si la morbidité infectieuse est la plus fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès), existent également des problèmes traumatologiques (fractures, plaies et autres conséquences de violences ou d'accidents), cutanés (mycoses, plaies, ulcères...), dentaires (gingivites, déchaussements) ou encore des pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhée...) ou cardiaque (Bello *et al.* 2010). En 2012, 34,8 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année.

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

Les seules données disponibles actuellement de manière régulière sont les données de l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers fréquentant les CAARUD.

En 2012, 6,5 % des usagers des CAARUD déclarent avoir connu une surdose non mortelle (perte de connaissance après l'absorption d'un ou plusieurs produits) au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'alcool est le produit le plus souvent mis en cause (19,7 % des cas), devant les benzodiazépines (15,0 %), la cocaïne (13,9 %) et l'héroïne (13,3 %).

6.3.2. Comorbidités psychiatriques

Les usagers de drogues se perçoivent pour près de la moitié d'entre eux comme étant en mauvaise santé psychique (selon 45 % de ceux vus dans les CAARUD en 2006) et cette impression s'accroît avec l'âge (38 % des moins de 25 ans l'expriment contre 46 % des 25-34 ans et 49 % des plus de 35 ans). Les usagers évoquent des symptômes dépressifs ou anxieux, des pulsions suicidaires voire des épisodes délirants. En 2012, 7,0 % des usagers déclarent une hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychiatriques hors sevrage.

¹³⁶ Les seringues étant difficiles à obtenir en prison, d'autres objets peuvent être utilisés (comme les stylos) pour l'injection.

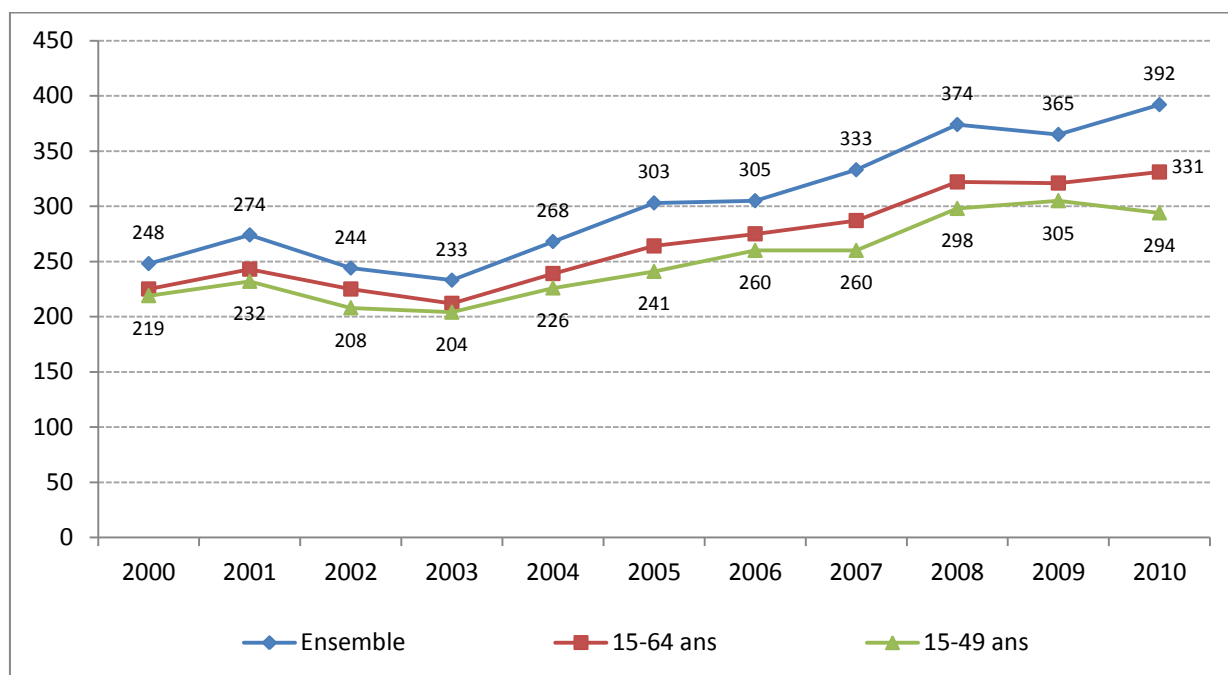
Ainsi, près d'une hospitalisation sur cinq survenue au cours des 12 derniers mois est liée à ce motif, celles pour sevrage représentant à peu près la même part¹³⁷ (Saïd *et al.* à paraître).

6.4. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues (ST5, ST6 et ST18 2013)

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

Les données issues du registre de mortalité font apparaître une hausse constante du nombre de décès par surdose entre 2003 et 2010, sauf en 2009. Si on se restreint à la tranche d'âge des 15-49 ans parmi laquelle se rencontre la grande majorité des usagers de drogues, le nombre de décès par surdose s'est stabilisé autour de 300 depuis 2008 (figure 6.2).

Figure 6.2 : Décès par surdose en France selon le registre de mortalité entre 2000 et 2010



Note : Les décès par surdose répertoriés ici correspondent à la sélection B de l'OEDT.
Source : CépiDc (INSERM)

Le dispositif DRAMES renseigne sur les substances principalement en cause dans les décès par surdose. En 2011, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont en cause, en tant que produit principal, dans la moitié des décès, les substances illicites dans environ un quart des cas (28 %) et les médicaments opiacés (hors TSO) dans près de 13 % des cas. Globalement, les opiacés sont en cause, à titre principal, dans 79 % des décès et la cocaïne,

¹³⁷ Sur 34,8 %, soit 854 usagers, qui déclarent avoir été hospitalisés dans l'année.

seule ou associée à d'autres produits, dans environ 7 %. La part des substances illicites en tant que produit principal diminue, tandis que celle des TSO augmente entre 2009 et 2011 (tableau 6.8).

Tableau 6.8 : Substances principalement en cause dans les décès par surdose entre 2006 et 2011

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Héroïne seule ou en association	59	35,1	69	35,9	79	36,4	103	39,6	79	32,0	43	15,5
Cocaïne seule ou en association	31	18,5	39	20,3	30	13,8	32	12,3	16	6,5	19	6,8
Autres substances illicites, seules ou en association	5	3,0	2	1,0	4	1,8	2	0,8	5	2,0	16	5,8
Méthadone seule ou en association	31	18,5	61	31,8	63	29,0	58	22,3	81	32,8	108	38,4
Buprénorphine seule ou en association	20	11,9	11	5,7	21	9,7	31	11,9	40	16,2	34	12,1
Autres médicaments opiacés, seuls ou en association	18	10,7	10	5,2	19	8,8	34	13,1	20	8,1	38	13,4
Autres	4	2,4	0	0,0	1	0,5	0	0,0	6	2,4	22	7,9
Total	168	100,0	192	100,0	217	100,0	260	100,0	247	100,0	280	100,0
Nombre d'experts toxicologues participants	nd		nd		19		25		31		36	

Source : DRAMES (ANSM)

nd : non disponible

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

Les données qualitatives du dispositif TREND proposent deux facteurs d'explication aux tendances observées. En premier lieu, le marché noir de la méthadone s'étend progressivement, parallèlement à l'accroissement de son accessibilité en tant que traitement. Cependant, il est loin d'avoir l'ampleur de celui de la BHD et alimente davantage des usagers d'opiacés qui démarrent une substitution par eux-mêmes que des personnes qui utilisent la méthadone comme une drogue. À l'inverse, l'héroïne, très disponible en France, voit diminuer son taux de pureté depuis 2011 environ (cf. chapitre 10), après une période où la circulation d'échantillons très dosés avait été incriminée dans l'augmentation du nombre de surdoses mortelles (Cadet-Taïrou *et al.* 2013a; Cadet-Taïrou *et al.* 2013b; Gandilhon *et al.* 2010a).

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

/

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

Il n'existe à ce jour en France aucune source d'information permettant de renseigner cette demande spécifique. Les principales institutions concernées cherchent avant tout à établir un consensus quant aux causes directes et une mesure uniforme de la prévalence des surdoses mortelles. Cependant, les pouvoirs publics ont souhaité évaluer le nombre de décès provoqués par la conduite après usage de stupéfiants et tout particulièrement de cannabis. En raison d'un nombre de cas d'accidents mortels dont le conducteur responsable serait sous l'influence

d'opiacés ou de cocaïne trop faible, il n'a pas été possible de déterminer le nombre de décès par accident de la route attribuables à ces substances. En revanche, la consommation de cannabis peut être jugée responsable de 170 à 190 décès annuels par accidents de la circulation à la fin des années 2000 (Van Elslande *et al.* 2011).

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 *et al.* 2010). C'est pourquoi, les actions les plus anciennes et les mieux structurées concernent avant tout la lutte contre ces pathologies. On décrit trois niveaux de prévention¹³⁸ : 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 la prévention tertiaire visant à améliorer l'accessibilité des traitements et leur suivi par les usagers. Les autres pathologies liées à l'usage de drogues, comorbidités psychiatriques et somatiques ou survenue d'incidents aigus, n'ont pas bénéficié jusqu'ici de réponses spécifiques des pouvoirs publics.

À l'exception des traitements de substitution et jusque récemment, l'évolution de l'offre de soins et de réduction des risques (RDR) n'a pas été suivie très précisément en France, en raison de difficultés d'accès aux données. Il existe cependant des indicateurs permettant de surveiller la couverture géographique des services spécialisés pour les usagers de drogues. Deux enquêtes menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur un échantillon de pharmaciens et de médecins permettent de mesurer la densité de ces professionnels contribuant à la RDR ou aux soins : le Baromètre santé pharmaciens et le Baromètre santé médecins généralistes (cf. Annexe V-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'existait 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 de 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, en lieu et place de l'héroïne, de l'usage, mais aussi du mésusage, de la BHD (qui provoque relativement peu de surdoses), est en effet considérée comme une des causes de la diminution du nombre de surdoses entre 1994 et 2003 en France.

À partir de 2008-2009, deux actions spécifiques se mettent en place :

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

Il inclut au plan national la DGS (bureau des pratiques addictives et cellule de gestion des alertes), l'InVS, l'ANSM, l'OFDT, la MILDT ainsi que les réseaux locaux de chacune de ces

¹³⁸ La conceptualisation du champ de la prévention évolue avec la diffusion des notions de prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée (cf. chapitre 3). Cependant, la classification utilisée ici s'avère toujours pertinente pour situer les actions par rapport aux différents stades du processus pathologique.

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 prévention et de contrôle des maladies infectieuses).

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

- des signaux liés à des cas : 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 ;
- des signaux liés à des produits : produits 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'additifs 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 au rappel du danger lié à certaines pratiques à risque (Lahaie *et al.* 2009).

2) Des outils spécifiques de prévention des décès liés à l'usage de drogues ont été élaborés.

La recrudescence des décès liés à l'usage de drogues, notamment à l'héroïne (cf. chapitre 6), a été l'occasion pour les autorités sanitaires de prendre conscience de la diffusion progressive de l'usage vers des populations plus jeunes, plus insérées socialement et surtout très peu informées tant des risques liés aux prises d'opiacés que des mesures de réduction de ces risques.

Monitoring

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 mortelle au cours de l'année précédente, etc.) n'ont pas été définis. Actuellement, l'activité de la cellule d'alerte peut être restituée, mais imparfaitement, par le nombre de dossiers annuels traités ou par le nombre d'alertes lancées vers le public ou les professionnels.

Prévention 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 VIH seulement, jusqu'à l'élaboration du premier plan national de lutte contre l'hépatite C pour les années 1999-2002. Les mesures de prévention y concernent essentiellement les usagers de drogues, 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 usagers de drogues, la lutte contre les hépatites virales devient une préoccupation centrale. Le plan 2002-2005, intitulé Programme national hépatites B et C, intègre en plus la lutte contre 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 usagers de drogues¹³⁹. Le dernier plan (2009-2012) (DGS 2009) 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 migrants. Ce plan prévoit en outre de travailler sur la prévention de la première injection. Et il intègre les contaminations possibles en raison d'usages de drogues par voie nasale ou fumée, alors que, jusqu'alors, le dispositif préventif français s'en était peu préoccupé. Le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 a été évalué par le Haut conseil de la santé publique en 2013 (HCSP 2013). Ce dernier ne recommande pas la programmation d'un nouveau plan national, faute d'une structuration claire de la stratégie et d'une articulation cohérente des mesures mais aussi de moyens financiers clairement identifiés et attribuables au plan. En revanche, il recommande l'inscription de la thématique hépatique comme prioritaire dans la future stratégie nationale de santé.

Les mesures de prévention se déclinent en France en 3 axes :

1) La politique de réduction des risques

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

- la distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique. Des seringues et des kits d'injection sont 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), par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack), la distribution de feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon¹⁴⁰ ». Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à leur 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 ;
- la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) à partir de 1995 qui visent en premier lieu à diminuer l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser

¹³⁹ En France, la vaccination contre l'hépatite B n'a jamais été obligatoire, mais a donné lieu à des campagnes de promotion chez le nourrisson et l'adolescent jusqu'en 1998. Après l'arrêt de ces campagnes, le niveau général de vaccination a chuté. Depuis 2004, la couverture vaccinale des nourrissons progresse. Les données les plus récentes indiquent que la couverture vaccinale à 24 mois des enfants nés en 2009 était de 58,2 % pour 3 doses de vaccin contre l'hépatite B (Fonteneau *et al.* 2013). Les enquêtes effectuées en milieu scolaire montraient des couvertures à 46 % à 11 ans (élèves de CM2 en 2007-2008, données provisoires) et à 42 % à l'âge de 15 ans (élèves de 3^e en 2003-2004) (Antona *et al.* 2009).

¹⁴⁰ La chasse au dragon consiste à inhaler les vapeurs produites par le chauffage à l'aide d'un briquet de l'héroïne déposée au préalable sur une feuille d'aluminium. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires extrêmement perméables aux gaz et non au niveau de la muqueuse nasale comme le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique ;

- l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) a été autorisée par le gouvernement en février 2013, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a été chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la ville de Paris, où elle sera implantée, dans ses travaux préparatoires, en lien avec les ministères concernés. L'ouverture de cette SCMR est prévue courant 2014 dans le quartier de la gare du Nord à Paris. Elle offrira aux usagers de drogues par voie injectable en situation précaire un cadre sécurisé avec des conditions d'hygiène acceptables pour la consommation de drogues qu'ils apportent, sous la supervision de professionnels qualifiés. Les usagers pourront y rencontrer des médecins, infirmiers, travailleurs sociaux susceptibles de les orienter vers des programmes de substitution, de prévention et de diagnostic et les aider à retrouver un accès aux soins et aux droits.

Le dispositif de RDR repose essentiellement sur les pharmacies de ville (vente de matériel et participation aux programmes d'échange de seringues), sur le dispositif médico-social spécialisé constitué par les CAARUD et les CSAPA, et sur le dispositif associatif non médico-social. Ce dernier est impliqué essentiellement en milieu festif et dans les dispositifs municipaux gérant des automates de distribution de seringues. Les points d'accès aux traitements participent également à la réduction des risques, soit directement (délivrance d'information, distribution de matériel...), soit indirectement (traitements de substitution). Les médecins généralistes et les pharmaciens contribuent également à la politique de réduction des risques en prescrivant et en délivrant la BHD. Afin de permettre l'accès aux TSO pour les usagers de drogues actifs les plus vulnérables (femmes enceintes, personnes détenues), les professionnels de santé sont habilités à entreprendre un traitement de substitution à base de méthadone en établissement hospitalier ou en milieu carcéral. Cette possibilité était jusque-là réservée aux médecins des CSAPA.

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

Le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 prévoyait 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 sur l'efficacité des traitements dans les lieux fréquentés par les populations précaires ou d'origine étrangère. Il prévoyait également une campagne d'information dirigée vers la population générale et vers les professionnels de santé. Un objectif était de réduire la part des cas pour lesquels la pathologie est déjà très avancée au moment du dépistage positif.

La circulaire du 9 novembre 2009¹⁴¹ a rendu effectives les dispositions de ce plan (cf. chapitre 1).

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 1). En 2006, il existait en France 307 CDAG, auxquels s'ajoutaient 73 antennes de CDAG en prison. Les usagers peuvent s'y rendre, éventuellement envoyés ou

¹⁴¹ Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°12 du 15 janvier 2010. (NOR SASP0927192C)

accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe également des initiatives locales du dispositif de RDR ou de soins pour organiser les prélèvements nécessaires au dépistage directement dans leurs structures. Un dépistage gratuit est également réalisé par les CSAPA. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins traditionnel. Cependant, contrairement au dépistage des infections par le VIH et par le VHC, pris en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique par le VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

3) L'incitation à la vaccination contre le VHB

Outre la poursuite de l'incitation à la vaccination des personnes à risques (notamment dans les centres de soins et les structures de RDR), le plan 2008-2011 prévoyait de relancer la vaccination de la population générale, des nourrissons et des adolescents. Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CDAG et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

Monitoring

Les données permettant le suivi des quantités de matériels d'injection délivrées aux usagers de drogues ont été collectées en 2008 par l'OFDT. L'Observatoire réalise cette collecte à partir :

- des ventes de seringues de la société *Becton Dickinson* aux pharmacies ;
- des ventes de Stéribox^{®142} aux pharmacies (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution, cf. Annexe V-SIAMOIS) ;
- du système d'information basé sur les rapports standardisés annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, cf. Annexe V-ASA-CAARUD) ;
- des évaluations produites par diverses associations distribuant des seringues.

Le système d'information constitué par les rapports d'activité des CAARUD permet également le suivi de l'activité visant la prévention des pathologies infectieuses (nombre de préservatifs distribués, 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 fondé principalement sur l'enquête ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD), réalisée tous les 2 ans parmi les usagers fréquentant les CAARUD. La part des usagers ayant déjà réalisé des dépistages pour le VIH ou le VHC est maintenant très majoritaire (au-delà de 85 %). Le point important se situe dans la répétition de ces dépistages. L'OFDT mesure donc aussi la part des usagers dont le dernier résultat négatif date de moins de six mois.

Certains indicateurs ne sont pas disponibles avec une régularité suffisante, par exemple la part des usagers de drogues séropositifs pour le VHC (ou le VIH) ignorant cette séropositivité. L'enquête Coquelicot (cf. Annexe V-Coquelicot), menée par l'InVS en 2004 (et renouvelée en 2011), avait révélé qu'une part importante (27 %) des usagers de drogues positifs au VHC

¹⁴² Trousse de prévention contenant 2 seringues de 1 ml, 1 flacon d'eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif avec un message de prévention, 2 cupules et 2 filtres stériles.

ignorait cette séropositivité (Jauffret-Roustide *et al.* 2006). De même, la mesure de la connaissance par les usagers de drogues de leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, contaminé, guéri ou non) a été réalisée en 2006 dans l'étude PRELUD (cf. Annexe V-PRELUD) sans être réitérée ensuite (Cadet-Taïrou *et al.* 2008).

Traitement des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

Enfin, faciliter l'accès au traitement des personnes infectées constitue le point principal du versant « traitement », mais également une mesure de santé publique 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. Il s'agit d'améliorer le lien entre le médecin de ville et la médecine spécialisée, mais aussi 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 (HAS 2006).

La prévention des maladies infectieuses est également prévue pour les usagers de drogues en prison. Le plan hépatite considère la prévention en prison comme un des cinq axes stratégiques. L'accès au dépistage du VIH et des hépatites est également un axe fort du plan 2010-2014 « santé/prison » (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010) (cf. chapitres 1 et 9).

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 place (soins cutanés...). Il est possible de mesurer l'activité développée par les CAARUD dans ce sens. Par ailleurs, les usagers de drogues utilisent aussi le système de soins général (urgences, hôpitaux, médecins libéraux).

Pour les populations économiquement défavorisées, un accès aux soins est possible grâce à la CMU¹⁴³. Les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME) s'ils en font la demande. Mais certains usagers très précaires ne disposent plus d'un document attestant de leurs droits. Certains mineurs, encore couverts par leurs parents avec lesquels ils n'ont plus de liens, sont également dépourvus d'assurance. Ainsi, une faible part des usagers des CAARUD (5,6 % en 2012) ne bénéficie d'aucune couverture sociale (Saïd *et al.* à paraître).

Quant aux comorbidités psychiatriques des usagers de drogues, 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 insuffisantes au regard des besoins. Les médecins assurant le suivi des usagers de drogues éprouvent de grandes difficultés à trouver des lieux de soins adaptés pour les personnes nécessitant des prises en charge résidentielles et souvent particulièrement complexes.

¹⁴³ Couverture médicale universelle : sécurité sociale accessible aux Français non cotisants ou aux étrangers en situation régulière sur le territoire français.

Il n'existe pas d'indicateur national de suivi de 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 2010, le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a amélioré son organisation en favorisant et en suscitant une coordination des acteurs susceptibles de recevoir, de traiter et de répondre à des signaux¹⁴⁴ au plan régional : agences régionales de santé (ARS), centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) du réseau de l'ANSM, et sites du réseau TREND/SINTES de l'OFDT le cas échéant. Ce dispositif a pour rôle également de diffuser l'information auprès des cibles potentiellement concernées (structures de réduction des risques, centres spécialisés de soins pour les usagers de drogues, réseau de médecins spécialisés dans la toxicomanie, association d'usagers, urgences hospitalières, etc.).

Ainsi, le dispositif SINTES (cf. Annexe V-SINTES) a mis à jour le 24 octobre 2012 la note d'information sur la méthoxétamine¹⁴⁵ et le 9 août 2013 le « Répertoire des nouveaux produits de synthèse identifiés en France depuis 2008¹⁴⁶ ».

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

L'accessibilité à la RDR, au dépistage et au traitement seront successivement traités.

Accessibilité de la RDR : dispositifs, structures et professionnels impliqués

Afin de garantir aux usagers de drogues un accès large à la RDR, les autorités sanitaires ont impulsé 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

L'INPES n'a pas réitéré son Baromètre auprès des pharmaciens d'officine. Les dernières données disponibles datent donc de l'année 2003 (Gautier *et al.* 2005). Elles peuvent être consultées dans les précédents rapports nationaux de la France à l'OEDT.

Une autre enquête nationale auprès des officines de ville a été réalisée en 2010 par l'AFSSAPS (maintenant ANSM) : 38 % de celles tirées au sort ont participé à l'enquête. Près de la moitié (48 % soit 769 officines) des pharmacies de villes enquêtées déclarent délivrer aux usagers de drogues des informations sur la prévention de maladies infectieuses et 40 % d'entre elles indiquent disposer de dispositifs de récupération des seringues (Lapeyre-Mestre *et al.* 2011). Les pharmacies enquêtées sont 79 % à recevoir chaque mois au moins un patient traité par

¹⁴⁴ Un signal est un fait susceptible d'être lié à un phénomène nécessitant d'être pris en charge. Il doit être évalué et éventuellement investigué.

¹⁴⁵ http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_methoxetamine_111105.pdf

¹⁴⁶ http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_110509_nps.pdf

médicament de substitution aux opiacés, 78 % délivrent des Stéribox[®] mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt^{®147} ou des Stéricup^{®148}.

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

Une nouvelle édition du Baromètre santé médecins généralistes a eu lieu en 2009 (Gautier 2011).

Deux tiers des médecins généralistes ont reçu au moins un usager de drogue dépendant aux opiacés au cours de l'année. La proportion de ceux qui reçoivent au moins un usager par mois a nettement progressé pour atteindre près de la moitié d'entre eux (contre un tiers en 2003).

Si la part de ces médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué depuis 2003, la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers d'entre eux prescrit maintenant de la méthadone (théoriquement en relais après une primoprescription en centre spécialisé, à l'hôpital ou en prison) alors que la part de ceux qui prescrivent de la BHD diminue (tableau 7.1). Ces médecins prescripteurs de TSO se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques. Leur profil type est le suivant : c'est un homme, exerçant en cabinet de groupe, réalisant plus de 20 actes par jour et dont la part de la clientèle bénéficiaire de la CMU atteint au moins 10 %. Les médecins qui prescrivent un TSO ont plus fréquemment que les autres médecins généralistes le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de prise en charge de la toxicomanie, des hépatites ou du VIH sont nettement plus enclins que les autres à prendre en charge les patients usagers de drogues (74,8 % contre 47,2 %). En revanche, contrairement à la situation de 2003, l'âge du médecin semble sans lien avec sa propension à prendre en charge les usagers de drogues. De surcroît, les médecins sont désormais plus nombreux à prendre en charge des personnes dépendantes aux opiacés dans les communes de moins de 20 000 habitants que dans les communes plus peuplées, peut-être en lien avec la diffusion des consommations au-delà des grandes métropoles.

En 2009, les médecins voient en moyenne 1,8 usager de drogue dépendant aux opiacés par mois, moyenne non significativement différente de celle de 2003 (1,6). Par contre, les médecins qui reçoivent au moins un patient dépendant aux opiacés par mois en voient 3,6 par mois, valeur significativement plus basse qu'en 2003 (4,6).

¹⁴⁷ Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites etc.). À usage unique et stérile, il vise par ailleurs à éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

¹⁴⁸ Récipient stérile en aluminium visant à diminuer les risques infectieux liés à la réutilisation et au partage des éléments de préparation à l'injection.

Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009

	1998/1999	2003	2009
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un usager de drogues (opiacés) par mois	35 %	34 %	49 %*
Parmi eux :			
Part des Médecins généralistes prescrivant un TSO	78,9 %	90,3 %*	87,2 %
BHD (Buprénorphine haut dosage)	71,9 %	84,5 %*	76,9 %*
Méthadone	12,6 %	26,0 %*	37,7 %*
Autre	13,5 %	7,4 %*	14,9 %

Source : Baromètre santé médecins généralistes (INPES)

* : différence significative $p < 0.001$ par rapport à l'édition précédente

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RDR

En 2013, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : seuls 8 départements (sur une centaine au total) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA.

Activité de RDR des CAARUD

En 2013, 159 CAARUD sont recensés sur le territoire français contre 135 en 2010. Établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes divers. Parmi eux, en 2010, 97 % proposent un accueil fixe, 71 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en squat, 33 % ont des unités mobiles, 56 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 29 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (4,7 millions de seringues en 2010) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs, matériel de sniff, matériel pour fumer le crack...).

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, l'activité des CAARUD en 2010 pour la distribution de matériel de prévention était la suivante :

- seringues : 2,6 millions de seringues à l'unité et 465 000 trousse de prévention (2 seringues par trousse, soit 930 000 seringues) données en main propre, 240 000 trousse de prévention (soit 480 000 seringues) via des automates gérés par les CAARUD et 297 000 trousse de prévention (soit 594 000 seringues) distribuées via les programmes d'échange de seringues¹⁴⁹ en pharmacie ;

¹⁴⁹ Les programmes d'échange de seringues (PES) mettent à disposition des usagers de drogues (gratuitement) du matériel d'injection stérile, dans le but de réduire la transmission des virus et autres infections liée au partage de matériel. Ils offrent également du matériel servant à préparer l'injection (filtres, eau, récipients pour le mélange) ou d'autres modes d'usage (pailles/pipes à crack, feuilles d'aluminium...).

- petit matériel d'injection : 1,1 million de filtres, 1,2 million de cupules, 1,6 million de fioles d'eau et 2 millions de tampons alcoolisés ;
- préservatifs : 754 000, dont 95 % de préservatifs masculins ;
- gel : environ 289 000 unités.

L'aide à l'accès aux TSO et aux soins en général est une des missions importantes des CAARUD : 79 % d'entre eux déclarent mettre en place des actions d'accès aux TSO (orientation ou suivi).

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, qui est une de leurs missions depuis quelques années, ne peut être quantifié en l'absence de données.

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les CAARUD ne sont pas les seules structures à diffuser du matériel d'injection par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention du type kit Stéribox[®] ou Kit+¹⁵⁰ à disposition des usagers de drogues par ce biais. Ces automates contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils diffusent 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). De plus, cela permet d'atteindre une population probablement différente de celle des autres dispositifs. En 2010, on dénombrait 283 distributeurs automatiques de trousse de prévention, 201 échangeurs (seringue usagée contre jeton) et 70 collecteurs (collecte de seringues usagées sans délivrance de jetons en contrepartie) dans 56 départements. Ces points ont distribué plus de 1,1 million de seringues (dont près de la moitié par les CAARUD) et récupéré près de 500 000 seringues usagées. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (Duplessy 2012).

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

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Rapportée au nombre d'usagers de drogues utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Ce chiffre, qui est uniquement un ordre de grandeur, indique une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection. Les pharmacies jouent un rôle central, contribuant à plus des deux tiers de la vente ou distribution des seringues. Toutefois, une évaluation fiable des besoins ainsi qu'une analyse des disparités géographiques (accessibilité des seringues en zones rurales notamment) restent à faire.

Aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée depuis 2008. Certaines données sont néanmoins disponibles pour 2010 ou 2011 (cf. ST10 2013). En officine, 2,2 millions de kits Stéribox[®] (trousse contenant du matériel d'injection

¹⁵⁰ Les trousse, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elles comprennent 2 seringues, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 2 récipients stériles en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton, un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration), 1 préservatif, une notice d'utilisation ainsi que des messages généraux de prévention.

stérile) ont été vendues en 2011, ce qui correspond à 4,5 millions de seringues (2 seringues par kit) (tableau 7.2). La distribution de Stéribox® en officine est ainsi en baisse depuis 2008. Les CAARUD ont distribué en 2010 près de 4,7 millions de seringues (à l'unité ou dans des troussees données en mains propres, via des automates ou par des programmes d'échange de seringues en pharmacie), en augmentation par rapport à 2008. Le dispositif d'automates hors CAARUD a permis la distribution de 600 000 seringues en 2011 d'après les données de l'association Safe, chiffre stable par rapport à 2008.

En 2011, cette même association (Safe) a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant que l'utilisateur est suivi par un professionnel. Le programme d'échange de seringues par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. Selon les premiers résultats, 269 envois ont été effectués à destination de 94 personnes. Les motivations des utilisateurs sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie¹⁵¹, acide ascorbique¹⁵² - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son TSO).

Tableau 7.2 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribuées par les CAARUD et les automates selon les dernières données disponibles

	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)		
	2008	2010	2011
Pharmacie : seringues à l'unité	4,3	nd	nd
Pharmacie : Stéribox®	5,2	4,7	4,5
CAARUD : seringues à l'unité données en main propre	2,3	2,6	nd
CAARUD : troussees données en main propre	1,0	0,9	nd
CAARUD : programmes d'échange de seringues en pharmacie	nd	0,6	nd
CAARUD automates	0,4	0,5	nd
Automates hors CAARUD	0,6	0,6	0,6
Total	13,8		

Sources : Siamois (InVS), Becton Dickinson, ASA-CAARUD (OFDT) et Safe

nd : non disponible

À la suite d'une forte augmentation jusqu'à la fin des années 1990, les ventes de seringues aux utilisateurs de drogues en pharmacie ont sensiblement diminué (dernière estimation complète en 2008). Cette baisse importante n'a été que partiellement compensée par l'augmentation de la diffusion du matériel d'injection par les CAARUD. Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la baisse du nombre de seringues diffusées auprès des utilisateurs de drogues au cours des dix dernières années.

¹⁵¹ Ce type de filtre retient plus d'impuretés que les Stérifilt®.

¹⁵² Pour dissoudre l'héroïne ou le crack, les utilisateurs ajoutent souvent une solution acide à la préparation, notamment du jus de citron ou du vinaigre, pas adaptée et non stérile. Pour réduire les risques liés à cette pratique, de l'acide citrique stérile conditionné en petits sachets de poudre est mis à disposition des utilisateurs concernés.

L'hypothèse optimiste est la baisse du nombre d'injections, liée au fait que les nouveaux usagers de drogues pratiquent moins l'injection, au profit d'autres modes d'usage (sniff et voie fumée). Ces modes d'absorption alternatifs sont très largement prédominants chez les usagers de drogues entrés en contact avec les produits via le milieu festif et ont été adoptés par ailleurs par une part des usagers précaires.

Ainsi, en 2010, 34 000 embouts pour fumer le crack ont été distribués par les CAARUD. Quarante-vingt-cinq pour cent de ces embouts l'ont été dans les structures de la région parisienne. Par ailleurs, 298 000 outils pour sniffer (« roule ta paille ») ont également été distribués, essentiellement par les CAARUD intervenant en milieu festif (Chalumeau 2010; Dambélé à paraître).

Une autre explication peut être l'abandon par les usagers de drogues de la voie injectable 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, à l'exception de certains groupes spécifiques (Bello *et al.* 2010; Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

L'hypothèse pessimiste est la reprise des comportements de partage et de réutilisation des seringues, qui a été observée chez certains usagers de drogues, notamment les plus précaires.

RDR en milieu festif

En 2010, près de 6 CAARUD sur 10 disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif (Dambélé à paraître). D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDR ne sont pas comptabilisées dans le dispositif médico-social. Il s'agit notamment de certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées qui n'ont pas été labellisées CAARUD. Nombre d'entre elles œuvrent en milieu festif.

Il n'existe pas d'éléments 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 décret¹⁵³ qui précise les modalités d'organisation des fêtes, un éclatement de la scène festive non commerciale. Les plus grandes manifestations laissent place à 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, de plus, ne peuvent être présentes partout.

Les modalités d'intervention en milieu festif vont dépendre principalement de la nature de l'événement organisé, ainsi que de la capacité des intervenants à être présents et à mener leur intervention (tableau 7.3) (Reynaud-Maurupt *et al.* 2007). Lorsqu'il s'agit de soirées se déroulant dans la sphère privée, leur existence échappe très facilement aux intervenants de la RDR. C'est donc à l'initiative des organisateurs de l'événement que les associations peuvent se mobiliser pour mettre en place des actions spécifiques. Ce sont principalement la promotion et la distribution de matériel d'information (dépliants sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention) et/ou d'outils de RDR tels que la distribution de seringues, pailles, etc. Pour les événements festifs publics, aux interventions d'information et de délivrance du matériel de

153 Décret n°2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical. JORF n°106 du 7 mai 2002. (NOR INTD0200114D)

prévention, s'ajoutent la distribution de boissons et de nourriture, la mise à disposition d'espaces d'accueil et d'écoute, d'espaces d'apaisement et de réassurance ou encore d'actes de premiers secours.

Tableau 7.3 : Activités de prévention en milieu festif

Type d'événement	Interventions principales	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 de RDR Si connaissance d'une telle soirée : « flyage » (dépliants d'information et matériel)	Initiés de la musique Techno, publics insérés
Free party « légale » : événement festif « multisons » de plus de 500 personnes (2 jours)	Stand ou « chill out ¹⁵⁴ »	Part importante de nouveaux arrivants dans l'univers Techno (plus exposés)
Teknival : événement festif de plus de 50 000 personnes (plusieurs jours)	Création d'un ou plusieurs villages « RDR » : accueil, information, matériel, écoute, réassurance, secourisme, « testing »	Participants souvent jeunes et novices, part minoritaire d'UDVI
Clubbing ou soirée urbaine (entrée gratuite ou payante)	« Flyage » (dépliants d'information et matériel) ou stand lorsqu'il y a des actions de prévention	Les publics s'y mélangent davantage, conditions d'hygiène mauvaises
Défilé en ville, festival ...	« Flyage » (dépliants d'information et matériel), stand ou « chill out »	Beaucoup de très jeunes

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

Prévention du passage à l'injection

Les contextes et les circonstances des premières injections de substances psychoactives ont été étudiés par l'enquête « Priminject » (Guichard *et al.* in press), menée entre octobre 2010 et mars 2011 par l'INPES. Le questionnaire en ligne a été rempli par 456 usagers de drogues par voie injectable. Ils ont ensuite été classés, pour l'analyse, en sous-groupes, selon l'année de la première injection (avant 1987, entre 1988 et 1995, entre 1996 et 2005, après 2006). L'âge moyen de la première injection est de 22 ans en moyenne parmi les répondants s'étant injectés pour la première fois dans une période récente, contre 19 ans parmi ceux s'étant injectés pour la première fois avant 1987. L'augmentation de l'âge à la première injection est associée à un allongement de la durée de consommation de drogues déclarée avant la première injection et à l'expérimentation de produits plus diversifiés avant la première injection. Les usagers sont plus nombreux à déclarer s'être injectés seuls la première fois après 1996, mais ils restent encore 70 % sur la période récente à l'avoir fait à l'aide ou en présence d'un tiers. Le premier produit injecté reste le plus souvent l'héroïne, mais la part des autres produits (cocaïne et Subutex[®], notamment) augmente après 1996.

¹⁵⁴ Espace aménagé, souvent avec des tapis et des coussins, situé à distance des enceintes et des jeux de lumières, et ventilé, pour permettre la détente des participants.

Dans ce contexte, l'adaptation du programme anglais « Break the cycle » (rompre le cycle) ajoutera un outil à la panoplie des stratégies de réduction des risques (Guichard 2012). L'objectif est de travailler sur les attitudes des usagers de drogues par voie injectable vis-à-vis de l'initiation à l'injection, sur la capacité des injecteurs plus expérimentés à refuser les demandes d'initiation des plus jeunes et sur les connaissances des techniques d'injection à moindre risque. Un manuel d'intervention et de formation est en cours d'élaboration.

Connaissance de la RDR

Le dispositif TREND constate que les groupes d'usagers 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 en errance mais aussi des usagers dits « socialement insérés », des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes usagers de l'espace festif (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

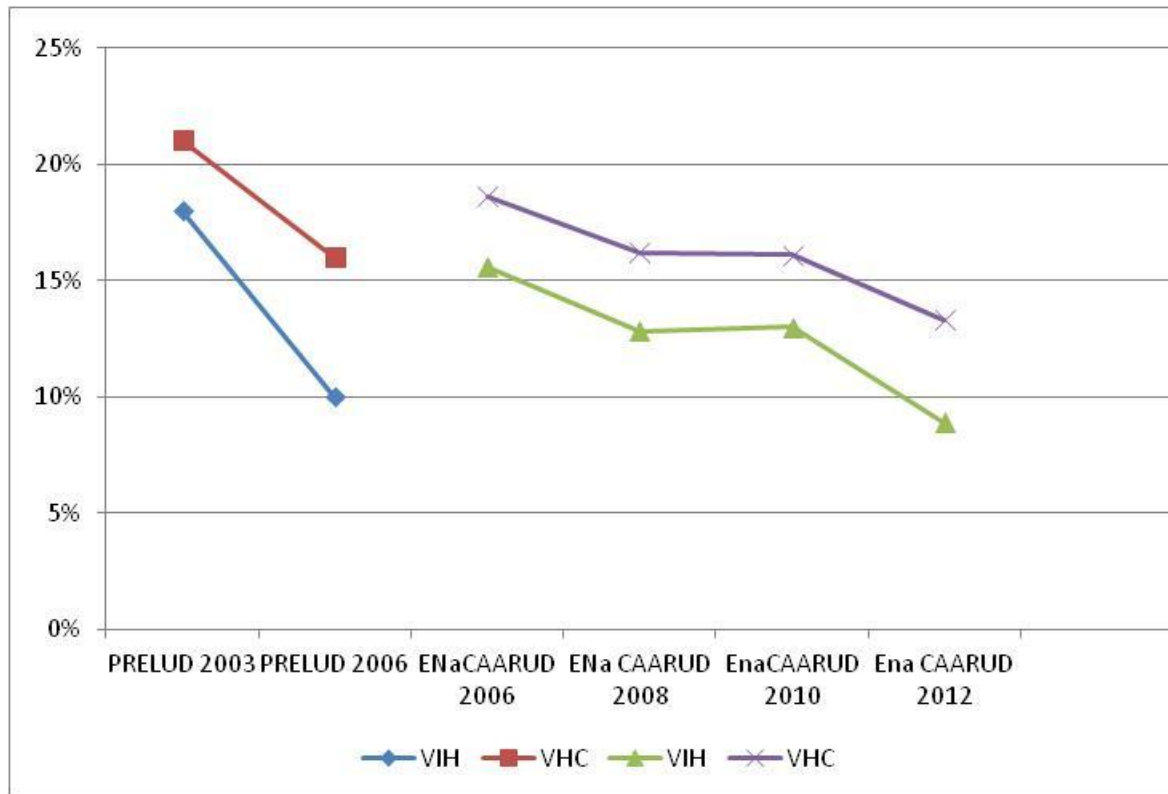
Activité et niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

En 2010, pour une file active d'environ 60 000 usagers de drogues, les CAARUD ont organisé près de 16 000 dépistages du VHB, du VHC et du VIH et vaccinations contre l'hépatite B.

Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2012 une grande majorité des usagers de drogues fréquentant ces structures a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC (cf. chapitre 6). Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie, seuls 7,8 % n'ont jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C. Ils sont 5,7 % pour le VIH (Saïd *et al.* à paraître).

Figure 7.1 : Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003 (OFDT), PRELUD 2006 (OFDT), ENa-CAARUD (OFDT)

La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qui avait d'abord régressé, puis stagné entre 2008 et 2010, diminue à nouveau en 2012 (figure 7.1).

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 7.4). Cette part régresse depuis 2008 pour le VIH (59,0 % à 51,5 % entre 2008 et 2012) et le VHC (56,9 % à 53,0 %).

Tableau 7.4 : Pratique des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, en 2012

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2 890	91,1 %	2 862	86,7 %
N'a pas fait le test	256	8,9 %	381	13,3 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	1 069	48,4 %	756	47,0 %
6 mois à un an	528	23,9 %	389	24,2 %
Plus d'un an	610	27,6 %	463	28,8 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

* Résultats déclaratifs

La part des usagers positifs 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 BioPRELUD menée en 2006 sur 5 sites également l'estimait à 5 % (Cadet-Tairou *et al.* 2008; Jauffret-Roustide *et al.* 2006). Pour le VHC, ces taux s'élevaient respectivement à 27 % dans l'étude Coquelicot (2004) et à 8,5 % dans BioPRELUD (2006). L'écart peut s'expliquer d'abord par la disparité importante entre les sites. Deuxièmement, Coquelicot mesurait des sérologies sanguines et BioPRELUD des sérologies salivaires. Dans ce dernier cas, seuls les patients dont la virémie est détectable sont positifs ; les patients guéris ne sont donc plus positifs. Troisièmement, enfin, deux ans séparent ces deux études (cf. chapitre 6). En 2006, la part des usagers des CAARUD déclarant ne pas connaître leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, non vacciné, contaminé ou non 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 *et al.* 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 (quelle que soit l'origine de la contamination), cette part a diminué entre 2001 et 2007 de 42,7 % à 33,4 %. La part des UDVI parmi ces patients dépistés tardivement n'ayant pas significativement évolué (39,6 % en 2001 contre 35,5 % en 2007 chez les hommes et 15,9 % contre 12,7 % chez les femmes), on peut déduire que les usagers de drogues bénéficient de la baisse du dépistage tardif comme l'ensemble des autres patients. Il en va de même pour le dépistage tardif chez les usagers de drogues par voie nasale uniquement.

Une mesure de la situation autodéclarée des usagers par rapport à l'hépatite B a été réalisée en 2012 dans l'étude ENa-CAARUD, montrant une méconnaissance de la part des usagers de leur statut (cf. chapitre 6).

De nombreux CAARUD pratiquent des examens hépatiques par Fibroscan^{®155} pour évaluer la fibrose hépatique et orienter le cas échéant les usagers de drogues vers des examens plus approfondis. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le VHC sont en cours d'évaluation et des recommandations de la Haute autorité de santé sont attendues prochainement. Par leur facilité de mise en œuvre, les TROD VHC permettront de dépister l'infection par le VHC, à partir du sang capillaire ou du liquide salivaire, auprès des usagers de drogues les plus marginalisés et dont l'abord veineux est détérioré.

Accès au traitement

Les données recueillies en 2012 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se déclarant infectés par le VIH sont suivis médicalement, puisque 85,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 73,2 % ont reçu un traitement prescrit pour cette infection. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'observer d'évolutions statistiquement significatives.

Cette même enquête montre que les deux tiers (64,2 %) des personnes enquêtées s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du tiers (36,2 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection (cf. chapitre 6).

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 2012, seuls 5,6 % n'ont pas de couverture médicale. Plus de la moitié (59,2 %) bénéficient de la CMU ou de l'AME et 11,5 % d'une prise en charge totale en rapport avec une « longue maladie » (ALD) (Saïd *et al.* à paraître).

La réalisation de soins et l'accès aux soins¹⁵⁶ représentent en 2010 la quatrième activité des CAARUD après les activités relatives au lien social, les actes de réduction des risques et les actes d'hygiène (Dambélé à paraître).

¹⁵⁵ Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

¹⁵⁶ En CAARUD, les actes de soins les plus fréquemment effectués sont : les soins infirmiers, ceux de médecine générale, le suivi psychologique/psychiatrique, l'accès aux TSO, le traitement des hépatites B et C et du sida, et les soins dentaires.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

8.1. Introduction

Les usagers de drogues rencontrent souvent des difficultés d'insertion sociale, professionnelle et d'ordre relationnel. L'ensemble de ces problèmes (chômage, difficultés à se loger, isolement social, actes de délinquance, etc.) peut être désigné par le terme de dommages sociaux. Ceux-ci sont souvent analysés comme étant une conséquence de la consommation de substances psychoactives. La relation entre les deux est cependant loin d'être à sens unique, les difficultés sociales constituant un terrain favorable pour le développement et le maintien d'usages de drogues. Il faut, par ailleurs, se garder d'une vision caricaturale selon laquelle tout usage de drogue serait associé à l'exclusion.

Les situations d'insertion sociale des usagers de drogues sont ici décrites à partir des résultats des enquêtes menées auprès des personnes fréquentant les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Pour faire face aux problèmes de pauvreté et d'exclusion sociale, les pouvoirs publics français mettent en œuvre un grand nombre de politiques qui portent notamment sur les domaines de la santé, de l'emploi et de la formation, du logement, qu'il n'est pas possible de détailler ici. Les usagers de drogues peuvent en bénéficier au même titre que l'ensemble de la population.

Le Revenu de solidarité active¹⁵⁷ (RSA), qui remplace depuis le 1^{er} juin 2009 le Revenu minimum d'insertion (RMI), garantit un revenu minimum aux personnes sans emploi et un complément de ressources à celles qui tirent de leur travail des revenus limités. En 2012, environ 2,1 millions de personnes sont allocataires du RSA.

En 2000, la France a également mis en place la Couverture maladie universelle (CMU), qui permet l'accès à l'Assurance maladie à toute personne résidant en France qui n'en bénéficie pas à un autre titre, et la CMU-C (complémentaire) qui ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Par ailleurs, l'Aide médicale d'État (AME), mise en œuvre à la même période, vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France mais dépourvues d'un titre de séjour en règle (cf. chapitre 1).

Les usagers de drogues peuvent ainsi bénéficier en théorie de nombreuses aides prévues pour l'ensemble de la population. En pratique, les situations d'exclusion les plus graves dans lesquelles se trouvent certains usagers de drogues s'accompagnent souvent d'une impossibilité à faire valoir leurs droits, les démarches devenant trop complexes pour des personnes désinsérées. Ainsi, parmi leurs missions, les CSAPA et surtout les CAARUD doivent intervenir pour les aider dans ce domaine. De façon plus générale, ces structures assurent l'information, l'évaluation sociale et l'orientation des personnes ou de leur entourage ainsi que la prise en charge sociale et éducative : cela comprend, outre l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion et la réinsertion.

¹⁵⁷ Loi n°2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. JORF n°281 du 3 décembre 2008. (NOR PRMX0818589L)

8.2. Exclusion sociale et usage de drogues

La situation sociale des usagers de drogues en France est connue principalement à travers les recueils d'information auprès des structures de prise en charge : le dispositif RECAP (cf. Annexe V-RECAP) dans les CSAPA en ambulatoire et résidentiels et l'enquête ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD) dans les CAARUD.

Le dispositif TREND de l'OFDT (cf. Annexe V-TREND) renseigne chaque année les évolutions sur le plan de la consommation des produits, des types de substances qui circulent, de leurs modes d'usages, des publics concernés et des contextes. C'est dans ce cadre que peuvent être abordées les situations sociales des usagers, avec des éclairages sur des populations spécifiques (jeunes errants, migrants, femmes, etc.).

8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

Les usagers vus en CSAPA

Les indicateurs disponibles pour décrire la situation sociale des personnes accueillies dans les CSAPA en 2010 et 2011 sont présentés dans le tableau 8.1. Ils illustrent la part importante des personnes prises en charge qui se trouvent en situation de précarité. Une distinction a été faite pour décrire, d'une part, les personnes prises en charge pour usage de cannabis et, d'autre part, celles qui le sont pour usage d'« opiacés, cocaïne, alcool et autres drogues », en raison des caractéristiques bien distinctes de ces deux sous-groupes (âge et nombre de substances consommées notamment).

Tableau 8.1 : Caractéristiques de précarité sociale des personnes prises en charge par les CSAPA en 2010 et 2011

	2010		2011	
	Usagers « opiacés, cocaïne, alcool et autres drogues »	Usagers cannabis	Usagers « opiacés, cocaïne, alcool et autres drogues »	Usagers cannabis
Logement précaire ¹⁵⁸	19,6 %	13,3 %	19,0 %	12,9 %
Sans domicile fixe	6,3 %	2,1 %	5,9 %	1,5 %
Situation professionnelle précaire ¹⁵⁹	64,6 %	50,2 %	62,8 %	48,6 %
Ressources précaires ¹⁶⁰	41,8 %	24,9 %	40,7 %	24,9 %
Formation inférieure au second cycle de l'enseignement secondaire ¹⁶¹	22,7 %	23 %	22,7 %	23 %

Source : RECAP 2010 et 2011 (OFDT)

Lecture : L'âge moyen des usagers d'« opiacés, cocaïne, alcool et autres drogues » est de 37,1 ans en 2011 contre 25,7 ans pour les usagers de cannabis.

¹⁵⁸ Logement provisoire ou en institution et personnes incarcérées.

¹⁵⁹ Activités rémunérées intermittentes, chômeurs et autres inactifs.

¹⁶⁰ Allocations chômage, prestations sociales (RSA, AAH...) et autres ressources (dont sans revenus).

¹⁶¹ Inférieure à baccalauréat 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 obtenue par la formation continue et l'expérience professionnelle.

Si les usagers du groupe « cannabis » connaissent une situation stable, la précarité semble reculer depuis 2005 parmi le groupe « opiacés, cocaïne, alcool et autres drogues ». En 2005, la part des usagers ayant un logement précaire était alors de 25,0 %, des usagers SDF de 7,5 %, de ceux ayant une situation professionnelle précaire de 69,0 % et des ressources précaires de 43,7 %. Toutefois, ce recul pourrait n'être qu'apparent car, dans le même temps, l'âge moyen des usagers augmente, de même que la part des patients suivis pour des problèmes d'alcool, qui connaissent une précarité moindre.

Les usagers vus en CAARUD

Les usagers accueillis par ces centres sont encore davantage 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. De plus, au-delà de leur fonction d'accueil, 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 : équipes de rue, unités mobiles, déplacement dans des squats et en milieu carcéral, interventions en milieu festif (boîtes de nuit, concerts, teknival...).

Une variable de « précarité socioéconomique » a été élaborée¹⁶², permettant de classer les individus en fonction de leur degré de précarité : faible, moyenne ou forte. Cette classification est adaptée à la population fréquentant les CAARUD qui présente un niveau de précarité important par rapport à la population générale.

Les trois quarts (76,2 %) des usagers des CAARUD vivent dans une situation de précarité moyenne ou forte en 2012. Après la baisse observée entre 2008 et 2010, on assiste à une remontée du niveau de précarité des usagers interrogés en 2012 : la part des personnes en situation de forte précarité s'est accrue et celle des personnes faiblement précaires a diminué (tableau 8.2). Le moindre taux de réponse à l'enquête en 2010 avait amené à se poser la question d'une sélection des usagers les moins précaires pour être interrogés. En 2012, le taux de réponse a progressé, réduisant cette possibilité de biais. Compte tenu des données qualitatives disponibles, plusieurs phénomènes semblent être à l'œuvre : la montée de la précarité d'usagers fragilisés d'une part, et l'extension des files actives des CAARUD à des usagers socialement insérés (ayant un emploi stable, le plus souvent dans le secteur du bâtiment, de l'hôtellerie ou de la restauration) d'autre part (Dambélé à paraître).

¹⁶² La classification s'appuie sur le calcul d'un score (de 0 à 6) obtenu en additionnant les réponses pour les trois variables suivantes : a) Couverture santé : 1- affilié à la Sécurité sociale avec une couverture complémentaire, 2- affilié à la Sécurité sociale (y compris via la CMU) sans couverture complémentaire, 3- pas d'affiliation avec ou sans AME ; b) Logement : 1- durable (indépendant ou durable chez des proches), 2- en institution ou provisoire chez des proches, 3- SDF ou vivant en squat ; c) Origine des ressources : 1- revenus d'emplois et allocations chômage, 2- prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers, 3- autres ressources (illégalles ou non officielles) et sans revenus. Score de 0 à 2 : précarité faible ; 3-4 : précarité moyenne et 5-6 : précarité forte.

Tableau 8.2 : Situation de précarité des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012

	2008	2010	2012
Précarité faible	20,0 %	25,7 %	23,8 %
Précarité moyenne	47,3 %	46,5 %	43,0 %
Précarité forte	32,6 %	27,8 %	33,2 %

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010 et 2012 (OFDT, DGS)

Lecture : La part des usagers à forte précarité est de 27,8 % en 2010 et de 33,2 % en 2012.

Le taux de forte précarité est plus élevé chez les moins de 25 ans : 49,1 % contre 35,1 % chez les 25-34 ans et 28,7 % chez les plus de 35 ans. La hausse de la part des usagers fortement précaires entre 2010 et 2012 est d'environ 5 points quelle que soit la classe d'âge. En revanche, elle est inégalement répartie sur le territoire français puisqu'elle est de 11 points en Île-de-France contre un peu plus de 3 points dans le reste de la métropole : ainsi, la région parisienne se distingue par un niveau de forte précarité plus important que le reste de la France (48,3 % contre 27,2 %), malgré une plus faible proportion de jeunes usagers.

La grande majorité des usagers accueillis dans les CAARUD en 2012 bénéficie d'une couverture par la Sécurité sociale (87 %). Cette situation atteste de l'ancrage du système de santé français, même parmi les personnes les plus défavorisées. Plus de la moitié des usagers des CAARUD sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale par le biais de la CMU (63,8 % en 2012). Près d'un sur huit (13,2 %) est concerné par une prise en charge des frais médicaux étendue à 100 %¹⁶³ du fait d'une affection de longue durée (ALD) et un peu plus d'un tiers des usagers (34,6 %) dispose d'une couverture santé complémentaire, soit dans les deux cas plus du double par rapport à 2008 (tableau 8.3).

Tableau 8.3 : Protection sociale des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012

	2008	2010	2012
Affiliés à la Sécurité sociale dont	87,8 %	85,3 %	87 %
avec couverture complémentaire	14,4 %	25,9 %	34,6 %
avec CMU	50,2 %	53,9 %	63,8 %
avec ALD	6,3 %	14,0 %	13,2 %
Non affiliés dont	7,5 %	10,8 %	9,6 %
sans AME	4,6 %	nd	5,6 %
avec AME	2,9 %	nd	3,6 %
Autre ou ne sait pas	4,8 %	3,9 %	3,7 %

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010 et 2012 (OFDT, DGS)

Lecture : Parmi les usagers accueillis dans les CAARUD en 2012, 87 % sont affiliés à la Sécurité sociale et 63,8 % bénéficient de la CMU.

nd : non disponible

Concernant l'origine des ressources des usagers des CAARUD, le point marquant est l'accroissement, entre 2008 et 2012, de la part de ceux vivant de prestations sociales et la baisse, entre 2010 et 2012, de la part des revenus liés au travail (tableau 8.4). Les moins de 25 ans se trouvent beaucoup plus fréquemment que leurs aînés dans une situation d'absence totale de revenus officiels (66,6 % contre 25,9 % pour les 25-34 ans et 19,1 % pour les plus de 35 ans). Les plus âgés, à l'inverse, bénéficient davantage de prestations sociales que les jeunes : 14,7 % pour les moins de 25 ans contre 58,1 % entre 25 et 34 ans et 64,5 % au-delà de

¹⁶³ Seuls les frais liés à la pathologie concernée sont pris en charge à 100 %.

35 ans. Les proportions d'usagers sans ressources augmentent dans chaque classe d'âges : + 8,3 points chez les moins de 25 ans, + 6,4 points chez les 25-34 ans et + 4,8 points au-delà.

Tableau 8.4 : Origine des ressources des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012

	2008	2010	2012
Revenus liés au travail	17,8 %	22,0 %	16,5 %
Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions invalidité)	13,4 %	13,6 %	13 %
Allocation chômage	8,4 %	9,5 %	8,3 %
Prestations sociales/ ressources provenant d'un tiers	52,8 %	56,0 %	56,6 %
RMI / RSA	35,2 %	40,7 %	42,7 %
Allocation adulte handicapé	13,9 %	16,6 %	16,1 %
Autres prestations sociales	2,6 %	1,5 %	3,5 %
Ressources provenant d'un tiers	1,1 %	1,7 %	1,7 %
Autres ressources (illégalles ou non officielles)	25,4 %	22,0 %	26,8 %
Autres ressources (y compris illégales ou non officielles*)	5,4 %	8,2 %	9,2 %
Sans revenu (y compris mendicité)	20,0 %	17,5 %	18,1 %

* Entrent dans cette catégorie la prostitution, le trafic, le vol, le travail au noir, etc.

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010 et 2012 (OFDT, DGS)

Note : En 2010 et 2012, la somme des items à l'intérieur de chaque catégorie est supérieure au pourcentage de cette catégorie, car deux modalités étaient acceptées. Ce n'était pas le cas en 2008. En revanche, la somme des pourcentages des trois principales catégories est égale à 100 %, les individus appartenant à deux catégories ayant été préférentiellement classés dans la catégorie la moins précaire.

Enfin, en 2012, 46,8 % des usagers reçus dans les CAARUD occupent un logement provisoire. La part de ceux qui vivent dans la rue et dans les squats s'élève respectivement à 15,2 % et 11,9 % de l'ensemble (Saïd et al. à paraître). On n'observe pas de réelle évolution depuis 2010. La question de l'hébergement demeure problématique notamment dans les grandes villes et de façon criante en région parisienne : un quart des usagers vit dans la rue en Île-de-France ; 27,4 % des usagers vivent en squat dans certaines régions de l'ouest de la France (Aquitaine et Pays de Loire). Par ailleurs, 5 % des usagers résident de façon durable en institution et 10,8 % de façon provisoire¹⁶⁴. Ces données sont similaires à celles de 2010.

8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Depuis quelques années, apparaissent de nouveaux « groupes » d'usagers vivant dans des situations de grande précarité : de « jeunes errants » et des hommes jeunes originaires principalement 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 réduction des risques (RDR) 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 « jeunes errants » (individus jeunes dont la marginalité est marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profondes) sont des usagers polyconsommateurs, notamment d'opiacés par voie injectable. Néanmoins, par crainte d'être assimilés à la figure classique de

¹⁶⁴ L'enquête se déroule en hiver, période de l'année où un effort particulier est réalisé pour offrir des solutions d'hébergement temporaires aux personnes sans logement.

l'utilisateur de drogue problématique, leur recours au dispositif de RDR apparaît plus occasionnel et davantage tourné vers la couverture de leurs besoins primaires (douches, lessives, etc.) que vers une demande 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, d'Asie (en particulier la Chine), et du continent africain (Maghreb, Afrique subsaharienne) (Rahis *et al.* 2010). Si Paris réunit une grande diversité d'origines, dans les autres territoires français, il s'agit principalement de ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Russie, Bulgarie, Géorgie, Ukraine, Biélorussie, Roumanie, Moldavie et pays composant l'ex-Yougoslavie) (Rahis *et al.* 2010).

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, ils consomment aussi des médicaments détournés de leur usage, notamment la BHD. 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 RDR.

8.3. Réinsertion sociale

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues est très majoritairement assuré par les structures spécialisées (CSAPA et CAARUD), à travers des projets et programmes propres ou comme relais vers les dispositifs de droit commun.

Les rapports d'activités annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, cf. Annexe V-ASA-CAARUD) renseignent sur le nombre et la nature des actes réalisés par ces structures. Ainsi, des mesures de réinsertion telles que l'aide à l'accès aux droits, à l'hébergement et à la formation ou l'emploi sont développées. Elles ne représentent cependant qu'une faible part de l'ensemble de leur activité, centrée principalement sur l'accueil de premier recours (« refuge », alimentation, douches,...), la réduction des risques et les soins infirmiers ou de médecine générale. En 2010, seulement 15 % des actes réalisés par les structures concernent l'accès aux droits administratifs et sociaux. Parmi ces actes liés à l'accès aux droits, 23,5 % portent sur les démarches d'hébergement. Quant aux activités de recherche ou de maintien d'emploi ou de formation, elles ne représentent que 10 % de l'ensemble des actes liés à l'accès aux droits (Dambélé à paraître).

En dehors des rapports d'activité des CAARUD, il n'existe pas d'outils permettant de suivre de façon précise les mesures engagées sur les différents volets de l'insertion sociale des personnes en traitement. Or, ces rapports d'activité n'apportent qu'une description succincte des actions et programmes entrepris dans ce sens.

8.3.1. Hébergement

Les principales réponses apportées aux difficultés de logement des usagers de drogues sont le logement social, l'hébergement d'urgence, l'hébergement social et l'hébergement thérapeutique.

En France, le logement social est essentiellement composé du parc HLM (habitation à loyer modéré). En 2010, on comptait 4,5 millions de logements sociaux, soit environ 10 millions de personnes concernées. Toutefois, au vu des délais d'attente qui vont de quelques mois à plusieurs années selon les régions, l'offre de logements est très insuffisante par rapport à la demande. Si les personnes en traitement ne subissent pas de discrimination objectivable dans les procédures d'attribution, elles subissent aussi les effets de cette pénurie, sauf à remplir les conditions faisant d'elles des personnes prioritaires (insalubrité du logement social, graves problèmes de santé, violences domestiques, etc.).

Certaines structures (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 (allocation logement déduite du loyer) 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 ;
- le 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.

Les structures spécialisées peuvent avoir recours à l'hébergement d'urgence, qui permet un accueil inconditionnel (c'est-à-dire sans sélection des publics) mais de courte durée. Les principales structures et dispositifs assurant de l'hébergement d'urgence sont :

- les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : un tiers des 924 CHRS a une section d'urgence qui offre 15 places en moyenne (Mainaud 2012) ;
- 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 destinés exclusivement aux usagers de drogues. Trois villes en France métropolitaine sont dotées de structures de ce type (Paris, Lille, Marseille) ainsi que Cayenne en Guyane.

Hormis ces dernières structures, les centres d'hébergement d'urgence favorisent l'accueil de publics « stabilisés » et ne présentant pas de troubles du comportement. Cela peut tendre à exclure un certain nombre de personnes usagères de drogues. Pour toutes ces structures, il est demandé de se conformer aux différents règlements intérieurs (pas de consommation d'alcool ni de drogues, pas de violence physique et verbale, etc.).

L'hébergement social 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 : 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 et 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 insalubres de celui-ci, des victimes de violence, des personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou sortant de prison. Les publics admis peuvent différer d'un établissement à l'autre. En France, en 2008, on dénombrait plus de 41 000 places d'hébergement dans les CHRS pour environ 40 000 personnes accueillies sur une durée moyenne de 7 mois (Mainaud 2012) ;
- les maisons relais : ce sont des résidences sociales de petite taille, 10 à 25 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, pour lesquels un accompagnement peut s'avérer nécessaire.

Malgré des efforts importants entrepris entre les structures spécialisées et les centres d'hébergement sociaux « généralistes » pour offrir des solutions aux personnes en traitement, des difficultés importantes d'accès sont constatées par les différents intervenants. Pour améliorer cette situation, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 avait souhaité favoriser les partenariats et interactions entre ces deux types de structures : ainsi, 30 projets ont été financés dans le cadre d'un appel à projets.

Enfin, plusieurs dispositifs spécialisés d'hébergement thérapeutique, spécifiquement dédiés aux personnes en traitement, sont disponibles en France. Tous ces établissements sont gérés par des CSAPA :

- les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA) accueillent, le plus souvent après leur sevrage, les personnes dépendantes 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 ;
- les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), appelés également centres de postcure, sont des lieux de soins avec un hébergement collectif qui prend en charge toute personne toxicomane inscrite dans une démarche volontaire. Les CTR peuvent accueillir jusqu'à 20 personnes. La durée de séjour initiale est d'environ 6 mois renouvelables. Les délais d'attente peuvent être longs ;

- les centres thérapeutiques communautaires (CTC), appelés également « communautés thérapeutiques », sont des lieux de soins avec un hébergement collectif. La communauté thérapeutique est assimilée à une famille structurée, hiérarchisée et organisée. Chaque résident intègre un groupe avec un responsable. Chaque groupe a la responsabilité de différentes tâches comme le nettoyage, la cuisine, le jardinage, l'entretien de la maison. Les CTC peuvent accueillir jusqu'à 50 personnes ;
- les 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 CSSRA ou en CTR 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 dispositifs d'hébergement thérapeutique, l'offre reste, selon les professionnels du champ, insuffisante.

8.3.2. Éducation et formation

Les personnes reçues dans les CSAPA ne font pas 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 privés 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 étant 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 validation des acquis de l'expérience (VAE) et les formations classiques qualifiantes sont les deux principales mesures mises en œuvre.

8.3.3. Emploi

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 traitement¹⁶⁵ (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 doivent être mis en regard avec un niveau de formation faible, un parcours professionnel souvent chaotique et un marché du travail très tendu (plus de 10 % de chômage au niveau national en 2013).

Par ailleurs, il existe en France un « marché du travail intermédiaire », recouvrant plusieurs types de dispositifs, pour les jeunes et les adultes rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle ou nécessitant un accompagnement social particulier. Il s'agit principalement du secteur de l'insertion par l'activité économique (IAE) et des contrats aidés. Le gouvernement a annoncé la création de 470 000 contrats aidés en 2013.

Certaines structures spécialisées, face à la difficulté d'accompagner, dans le cadre des dispositifs existants, leurs bénéficiaires vers l'emploi, ont développé leur propre dispositif d'insertion professionnelle¹⁶⁶ ou favorisé les passerelles et coopérations (Maguet *et al.* 2009). En 2011, un recensement (non exhaustif) de ces dispositifs a été conduit dans le cadre du projet « Pratiques en réseaux et insertion par l'emploi d'usagers de drogues »¹⁶⁷. Le rapport publié à la suite de ce travail (Calderon *et al.* 2011) a permis de détailler certaines de ces initiatives en faveur de l'insertion professionnelle et de formuler des recommandations (Dambélé 2012).

¹⁶⁵ Néanmoins, pour certains emplois, notamment dans la fonction publique ou pour des postes « sensibles » (métiers de la sécurité, de la petite enfance, etc.), l'employeur peut demander au candidat de prouver que son casier judiciaire est vierge.

¹⁶⁶ Les activités occupationnelles sont à dissocier des actions d'insertion/démarche vers l'emploi, mais offrent une première expérience avant d'accéder à un emploi classique.

¹⁶⁷ Le but de ce projet, lancé en 2009 et intégrant quatre autres pays européens (le Portugal, l'Italie, la Grèce et la Lituanie), était de mettre en réseau des dispositifs français et européens afin de partager des pratiques professionnelles et des politiques publiques favorisant l'insertion professionnelle des usagers de drogues.

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

9.1. Introduction

Définitions

Selon la loi française, toute personne qui consomme et/ou détient des substances classées comme stupéfiants encourt une peine d'emprisonnement (ferme ou avec sursis) et une peine d'amende. Depuis la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007¹⁶⁸, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent également se voir ordonner d'effectuer un « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ». Cette nouvelle mesure s'ajoute donc au large éventail de réponses pénales disponibles pour sanctionner l'usage de stupéfiants. Inspirée des stages de sensibilisation à la sécurité routière, cette sanction pécuniaire (à la charge du contrevenant), à visée pédagogique, cible tout particulièrement les usagers occasionnels de stupéfiants, non dépendants, qu'il s'agit de dissuader de récidiver dans leur comportement d'usage en leur faisant prendre conscience des conséquences de leur consommation. Ainsi, en France, l'usager simple peut faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, qui peut éventuellement déboucher sur une incarcération (cf. chapitre 1).

Selon la procédure pénale, toute interpellation doit faire l'objet d'une transmission au procureur de la République, qui a la possibilité de classer l'affaire, d'ordonner une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi, injonction thérapeutique, par exemple), ou d'engager des poursuites judiciaires. Dans ce dernier cas, la personne interpellée est alors vue par un juge, qui peut prononcer une condamnation : amende, peine alternative à l'emprisonnement ou emprisonnement (ferme ou avec sursis). L'essor important des interpellations pour usage de stupéfiants en France s'est accompagné d'une systématisation des sanctions pénales prononcées, les procédures d'alternatives aux poursuites étant privilégiées par les parquets.

Au 1^{er} janvier 2012, la France comptait 191 établissements pénitentiaires, comprenant 57 236 places de détention « opérationnelles » réparties entre :

- 99 maisons d'arrêt et 42 quartiers maison d'arrêt (situés dans des centres pénitentiaires), qui accueillent les prévenus (en attente de jugement), les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an ou qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale) ;
- 85 établissements pour peine (qui hébergent plusieurs quartiers), soit :
 - 43 centres pénitentiaires qui comprennent au moins 2 quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
 - 25 centres de détention et 37 quartiers « centres de détention », qui accueillent les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues ;

¹⁶⁸ Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L)

- 6 maisons centrales et 6 quartiers de maison centrale ;
- 11 centres de semi-liberté et 7 quartiers de semi-liberté recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou en semi-liberté, et 6 quartiers pour peines aménagées (situés dans des centres pénitentiaires) ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, créés par la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002¹⁶⁹ et dont le premier a été ouvert à la mi-2008 ;
- 50 établissements à gestion déléguée sur les 191 établissements.

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. Elles sont toutefois sujettes au risque de rupture des séries statistiques, lorsqu'un changement organisationnel survient dans les ministères responsables du suivi des indicateurs annuels. Ainsi, par exemple, pendant les deux dernières années, l'OCRTIS (ministère de l'Intérieur) n'a pas pu collecter les chiffres issus des services de gendarmerie : en 2011 et en 2012, les chiffres de l'OCRTIS ne comptabilisent donc que l'activité des services de police, ignorant une large partie des interpellations, notamment en milieu rural (qui sont du ressort de la gendarmerie). De même, au sein du ministère de la Justice, la refonte du système de suivi informatique des procédures pénales (Cassiopée), qui devrait permettre, à partir de 2013, de suivre, selon des indicateurs communs, les affaires traitées dans l'ensemble des juridictions, a occasionné en 2012 une interruption des données issues de l'Infocentre « Nouvelle chaîne pénale ». Par ailleurs, les données administratives 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, pour plusieurs raisons.

La première est liée à des nomenclatures différentes. 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, cf. Annexe V-CJN) et informatisées depuis 1984 rendent compte, quant à elles, 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 2010. 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.

Le second obstacle tient à la difficulté d'isoler la réponse pénale offerte à chaque type d'ILS. Une condamnation peut en effet 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.

¹⁶⁹ Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. JORF du 10 septembre 2002. (NOR JUSX0200117L)

- Jusqu'en 2003, c'est l'exploitation statistique des données du Fichier national des détenus (FND) 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) ;
- depuis 2003, le FND est alimenté à partir de l'application GIDE (gestion informatisée des détenus en établissement). Toutes les infractions à l'origine de la condamnation sont désormais enregistrées (alors que seule l'infraction principale l'était 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 pas de repérer les cas où 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.

Au-delà de ces indicateurs réguliers d'activité, le cadre français de production des connaissances sur la criminalité liée à l'usage de drogues comprend par ailleurs des données spécifiquement collectées en milieu carcéral :

- 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 des entrants, nombre de traitements de substitution prescrits en prison, données des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie 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 (cf. Annexe V-Enquête santé des entrants en prison). Parmi les enquêtes réalisées par les services d'études des ministères, on peut citer les enquêtes de la DREES menées en 1997 (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale) et en 2003 (ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille). Elles 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 recueillis lors de la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt et quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires.

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 du nombre de traitements (poursuites, initiations) et des 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 séropositifs au VIH et au VHC reçus dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), intervenant en milieu pénitentiaire. Ces enquêtes « substitution » et « VIH-VHC », auparavant réalisées par les services du ministère de la Santé, ont été regroupées au sein de l'enquête PREVACAR (PREVAnces en milieu CARcéral, cf. Annexe V-PREVACAR), désormais conçue et mise en œuvre conjointement par la DGS (promoteur) et l'InVS (coordination scientifique).

- Les enquêtes épidémiologiques : souvent adossées à un institut de recherche (par exemple l'INSERM (Lukasiewicz *et al.* 2007; Vernay-Vaisse *et al.* 1997; Rotily *et al.*

1997) ou l'InVS (Jauffret-Roustide *et al.* 2006)), elles sont locales ou nationales et s'appuient, elles aussi, sur des données existantes.

- Les recherches et études sociologiques qualitatives : à 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.
- Les études réalisées sur les pratiques des professionnels du soin exerçant en milieu carcéral : quantitatives ou qualitatives, comme par exemple l'enquête PRI2DE (Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention) menée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) (Michel *et al.* 2011b). Elles permettent de connaître le point de vue et l'expérience des professionnels.
- 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.
- Les publications des ONG : dans leur contenu, ils peuvent ressembler à la structuration des rapports officiels (constat et recommandations), mais leur forme est plus libre. Plus rarement, ils peuvent s'appuyer sur un recueil de données (OIP (Observatoire International des Prisons) 2005).

À 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 le lien entre délinquance et usage de drogues montrent que les consommateurs sont plus fréquemment auteurs de délits, le nombre d'actes de délinquance tendant 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 problématiques (délits d'atteinte à la propriété, absentéisme et exclusion scolaires, implication dans des bagarres ou des actes de vandalisme) a également été établi (Barré *et al.* 2001).

En France, l'enquête réalisée périodiquement 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 (Choquet *et al.* 1998).

Il faut toutefois distinguer les ILS *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.

- 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. On peut aussi y ajouter les cas de conduite, d'accidents et de violences après usage de stupéfiants.
- Le deuxième 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).
- Troisième et dernière catégorie, la plus 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 (Joubert *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

Avec 14 725 condamnations à une peine de prison ferme ou avec sursis partiel en 2011, les ILS sont à l'origine de près de 12,3 % des condamnations comprenant une part d'incarcération. Les peines d'enfermement constituent près de 30 % des condamnations pour ILS. Ce motif d'incarcération ne signifie pas forcément que les contrevenants consomment des drogues (lorsque, par exemple, il s'agit de détenteurs ou de trafiquants). Par ailleurs, parmi les personnes incarcérées pour des délits autres que des ILS, certaines peuvent être consommatrices de drogues. Il est donc difficile d'estimer précisément la proportion d'usagers de drogues en prison. Selon le rapport de la commission d'enquête du Sénat publié en 2000, les usagers de drogues, réguliers ou occasionnels, seraient près de 40 000, pour 68 765 entrants en 2000, soit 58 %, si l'on additionne les entrants en prison dans le cadre d'une inculpation directement liée aux trafics des stupéfiants et ceux incarcérés dans le cadre d'un délit lié à l'usage ou à l'obtention de drogues (vols, etc.) (Hyst *et al.* 2000).

En France, les données épidémiologiques connues relatives à l'usage de drogues en prison sont relativement anciennes : la dernière enquête « entrants » de la DREES permettant de connaître en détail les prévalences d'usage de drogues en milieu carcéral remonte à 2003. En outre, la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ayant un antécédent d'incarcération est estimée, selon les études, entre 43 % et 61 %. En effet, selon l'enquête RECAP menée en 2011 (cf. Annexe V-RECAP), 43 % des usagers de drogues pris en charge par un CSAPA pour un problème de drogues illicites (autres que le cannabis) ont déjà été incarcérés ; trois sur cinq l'ont même été plusieurs fois. L'enquête Coquelicot réalisée en 2004 (cf. Annexe V-Coquelicot) établit quant à elle que 61 % des usagers de drogues qui ont sniffé ou se sont injecté au moins une fois au cours de leur vie ont des antécédents d'incarcération (Jauffret-Roustide *et al.*). Parmi les usagers fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) en 2012, 14,2 % ont été incarcérés au cours de l'année précédente (Saïd *et al.* à paraître). On relève par ailleurs la présence de polyconsommations, puisqu'en 2003 un quart des « entrants » déclarait consommer au moins deux substances psychoactives (Mouquet 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 celle de médicaments, se sont développées en milieu pénitentiaire. D'une façon générale, on observe un transfert relatif des usages de drogues illicites (et moins disponibles) 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, état de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques (Obradovic *et al.* 2011). 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 protection sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection apparaît donc 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 injectable au cours de l'année précédant l'incarcération en 1997 (Mouquet *et al.* 1999) ; en 2003, seuls 2,6 % des entrants déclaraient pratiquer l'injection (Mouquet 2005). Selon les études, 60 % à 80 % des personnes détenues concernées cessent de s'injecter en détention (Stankoff *et al.* 2000). Les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique d'injection semblent en réduire la fréquence, 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 (Rotily *et al.* 1998). Ainsi, les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %) d'après les données issues de l'enquête Coquelicot menée en 2004.

Les personnes détenues semblent plus touchées par les maladies infectieuses que la population générale (DGS 2011; DHOS 2004; Sanchez 2006) : en 2011, la prévalence du VIH s'élève à 2 % et celle du VHC à 4,8 %. Comme à l'extérieur toutefois, la prévalence du VIH en prison a reculé alors que celle de l'hépatite C a connu une forte progression.

La part des personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) se situe, selon les enquêtes, entre 7 % et 9 %. Selon les enquêtes les plus récentes, PREVACAR (Chemlal *et al.* 2012) et PRI2DE (Michel *et al.* 2011b), entre 8 % et 9 % des personnes détenues bénéficient d'un TSO. Selon l'enquête plus ancienne de la DREES, à leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un TSO, 8 fois sur dix par Subutex® (environ 85 % des personnes sous TSO dans l'ensemble de la population) (Mouquet 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 1994¹⁷⁰ (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

¹⁷⁰ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15 du 19 janvier 1994. (NOR SPSX9300136L)

toujours plus d'un traitement sur dix (DHOS 2004). Une enquête de l'OFDT a montré en outre que l'accès à la méthadone était en hausse dans les établissements pénitentiaires : parmi les personnes détenues dépendantes aux opiacés, 35 % étaient prises en charge dans le cadre d'un traitement de substitution à base de méthadone en 2006 (Obradovic *et al.* 2008a; Obradovic *et al.* 2008b) contre 22 % en 2004 (DHOS 2004). Un tiers des établissements compte aujourd'hui plus de 50 % de leurs patients sous méthadone (malgré de fortes disparités). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert, 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 UCSA (maintenant dénommées unités sanitaires) intervenant en prison était elle aussi en hausse (28 % pour 72 % de poursuites de traitements, parmi les personnes détenues sous 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 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 unités sanitaires chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les « antennes toxicomanie » qui interviennent, depuis 1987, dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée) ; enfin, 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. À 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 1996¹⁷¹) :

- dépistage du VIH et des hépatites théoriquement proposé à l'entrée (CDAG – volontariat) mais pas systématique pour le VHC (données du POPHEC, Premier observatoire en prison de l'hépatite C) ;
- mesures prophylactiques (mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des personnes détenues de traitements post-exposition) ;
- mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les unités sanitaires) ;
- 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, l'initiative ayant été jugée « prématurée » par la Mission santé-justice en 2000, avant de faire l'objet de nouvelles recommandations dans le cadre de l'expertise collective INSERM menée en 2010 (INSERM 2010), ni de programme spécifique d'information, en milieu carcéral, sur les modes de contamination liés aux pratiques d'injection.

¹⁷¹ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. BO Justice n°96/52, Tome II du 25 janvier 1997. (NOR TASP9630649C)

9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues

9.3. Infractions à la législation sur les stupéfiants (ST11 2013)

Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants

Selon les chiffres les plus récents disponibles auprès de l'OCRTIS, en 2010, 157 341 interpellations pour ILS ont été enregistrées par les services de police, de gendarmerie et des douanes, dont 135 447 interpellations pour usage simple (soit 86 % des interpellations pour ILS). Les interpellations pour usage de stupéfiants ont été multipliées par 60 en quarante ans. Au cours des deux dernières décennies, elles ont été multipliées par 5 (tableau 9.1). Elles ont progressé deux fois plus rapidement que les interpellations pour trafic et usage-revente (Obradovic 2012b).

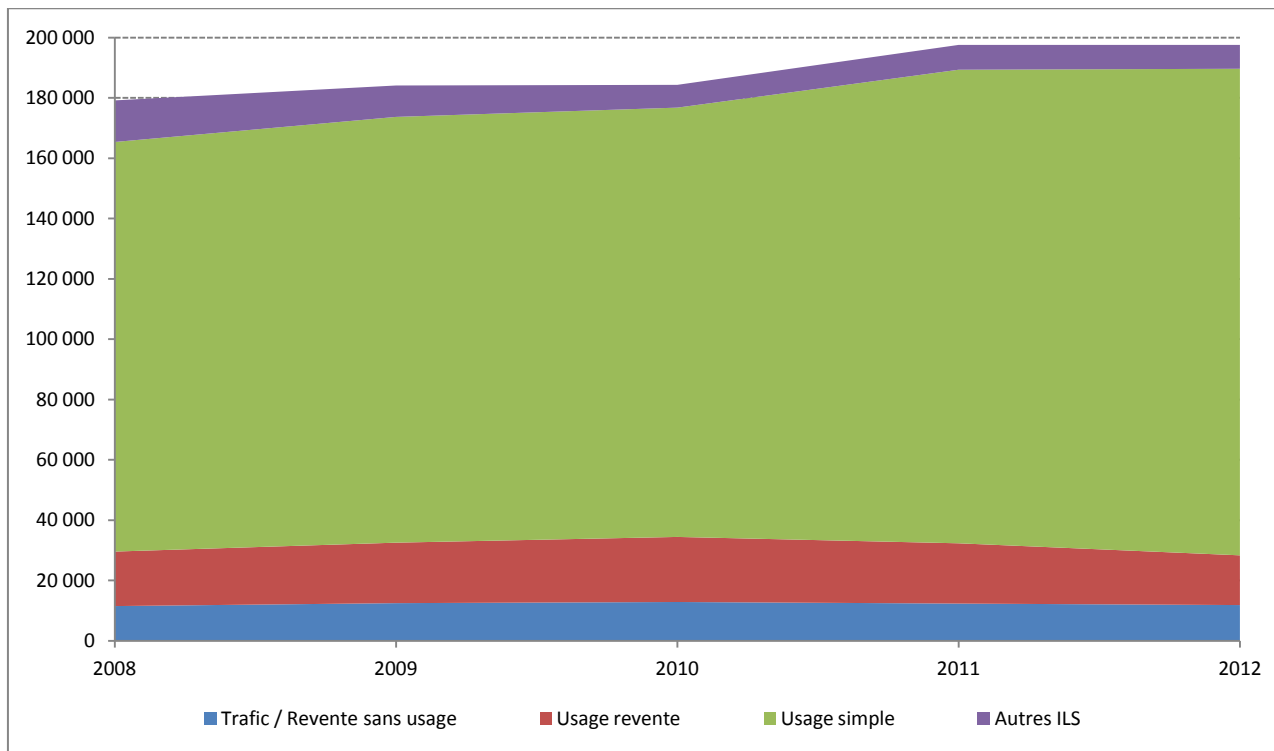
Causes des interpellations

L'usage simple reste de loin la principale cause d'interpellation pour ILS. En 2012, le nombre de personnes mises en cause par les seuls services de police pour usage simple est 5 à 6 fois plus élevé que pour l'ensemble des autres infractions liées aux stupéfiants (119 185 contre 21 017 pour usage-revente, trafic-revente sans usage et autres ILS).

Depuis quarante ans, la part de l'usage dans le contentieux lié aux stupéfiants n'a cessé de se renforcer : elle est passée de 75 % au lendemain de la loi de 1970¹⁷² à 86 % aujourd'hui (Obradovic 2012b) et elle continue encore de progresser (figure 9.1).

¹⁷² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971

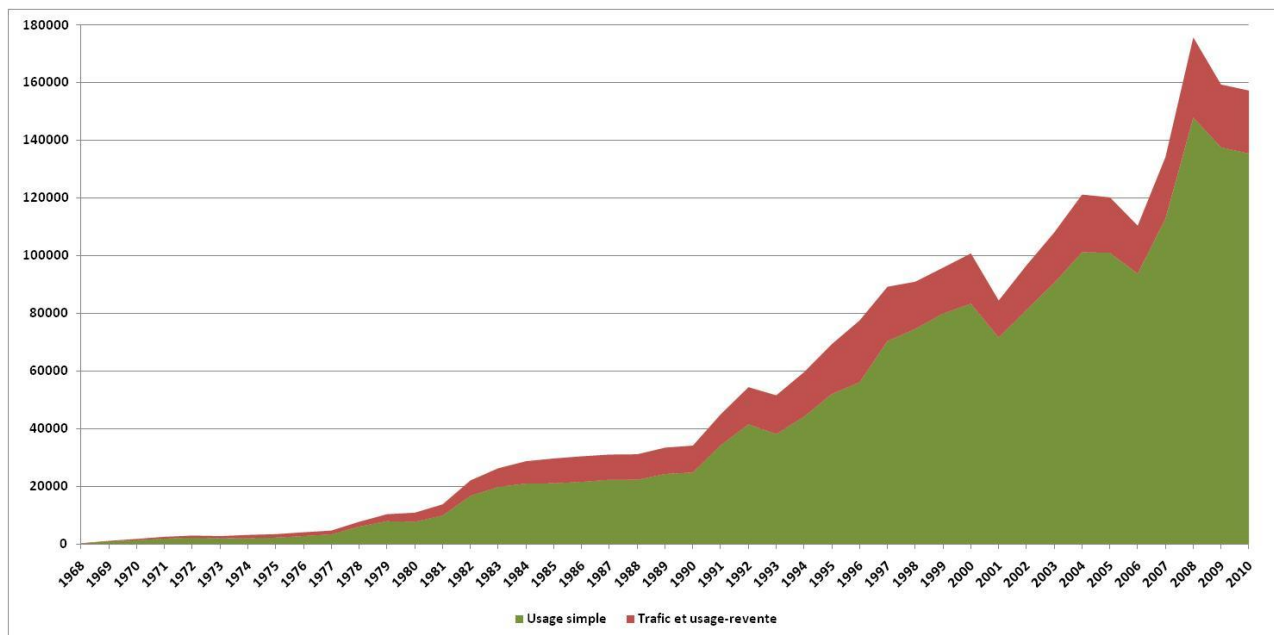
Figure 9.1 : Évolution du nombre de personnes mises en cause par les services de police et de gendarmerie pour ILS, par type d'infraction entre 2008 et 2012



Source : État 4001(SDRES/DEP – Ministère de l'Intérieur)

Corrélativement, la part des interpellations pour usage-revente et trafic est en recul. Pendant longtemps (entre 1976 et 1996 notamment), le nombre d'interpellations pour usage-revente et trafic augmentait chaque année et représentait entre un quart et un tiers des interpellations pour ILS (figure 9.2). Depuis la fin des années 1990, la part des interpellations pour usage-revente et trafic est passée en deçà de la barre des 20 % et elle perd un point tous les 2-3 ans en moyenne.

Figure 9.2 : Évolution du nombre d'interpellations pour usage simple et pour trafic et usage-revente entre 1968 et 2010



Source : OSIRIS (OCRTIS) – cf. Annexe V-OSIRIS

Substances impliquées dans les infractions à la législation sur les stupéfiants

Plus de 9 interpellations pour usage sur 10 concernent des consommateurs de cannabis, premier produit en cause dans les interpellations pour usage (tableau 9.1). La prépondérance du cannabis dans ces interpellations s'est renforcée au fil du temps : au début des années 1990, il était en cause dans 7 interpellations d'utilisateurs sur 10.

Loin derrière le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont les principales substances impliquées dans les interpellations liées à l'usage de drogue (respectivement 5,4 % et 3,5 % de ces interpellations). La place de la cocaïne dans les interpellations pour usage a très fortement progressé au cours des 20 dernières années.

Tableau 9.1 : Interpellations pour usage de stupéfiants et évolution par produit entre 1990 et 2010

	Nombre d'interpellations		Répartition par produit		Évolution 1990-2010
	1990	2010	1990	2010	
Cannabis	17 736	122 439	71,4 %	90,4 %	+ 590,3 %
Héroïne, Opiacés	6 522	7 287	26,2 %	5,4 %	+ 11,7 %
Cocaïne/Crack	388	4 679	1,6 %	3,5 %	+ 1 105,9 %
Amphétamines	49	290	0,2 %	0,2 %	+ 491,8 %
Ecstasy	24	203	0,1 %	0,1 %	+ 745,8 %
LSD	60	59	0,2 %	0,0 %	-1,7 %
Autres	77	114	0,3 %	0,1 %	+ 48,1 %
Total	24 856	135 447	100,0 %	100,0 %	+ 449 %

Source : OSIRIS (OCRTIS)

Données du ministère de la Justice : condamnations

Les condamnations prononcées pour ILS (en infraction principale ou associée) représentent 9 % de l'ensemble des condamnations pour un délit, soit 50 092 condamnations. Ces délits se répartissent ainsi : usage (29 202, soit 58 %), détention-acquisition (10 173, soit 20 %), commerce-transport (7 045, soit 14 %), import-export (1 449, soit 3 %), offre et cession (2 107, soit 4 %), aide à l'usage par autrui - qui peut comprendre la provocation à l'usage et la facilitation de l'usage - (27 cas) et autres (89 cas). Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent près de 30 % des condamnations pour usage illicite.

La confrontation des chiffres issus des ministères de l'Intérieur et de la Justice montre que le ratio des consommateurs condamnés par rapport aux consommateurs interpellés a baissé depuis 1990, passant de 30 % à 21 % en 2010, laissant supposer des poursuites pénales des usagers devant les juridictions moins systématiques. Pourtant, loin d'avoir reculé, la pénalisation de l'usage de stupéfiants s'est transformée (Obradovic 2012b). Elle s'est fortement diversifiée, pour atteindre aujourd'hui un niveau inégalé, du fait de la systématisation des sanctions alternatives, décidées par les parquets. Le taux de réponse pénale aux infractions d'usage de stupéfiants dépasse ainsi 90 %, alors qu'il avoisinait 70 % au début de la décennie précédente. La réponse pénale apportée au contentieux d'usage revêt deux formes : mesures alternatives aux poursuites le plus souvent (trois quarts des cas), poursuites judiciaires pouvant déboucher *in fine* sur une condamnation par un juge (dans un quart des cas).

Le fait de recourir aux mesures alternatives, encouragé par les circulaires de politique pénale mais aussi par le législateur, permet d'augmenter le taux de réponse pénale sans pour autant multiplier les poursuites, qui contribuent à l'engorgement des audiences judiciaires. À titre d'exemple, depuis la loi du 5 mars 2007, le consommateur occasionnel de drogues illicites peut se voir contraint d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, payant (jusqu'à 450 € selon les textes), d'une durée d'un à deux jours, notamment dans le cadre d'une alternative aux poursuites (Obradovic 2012c).

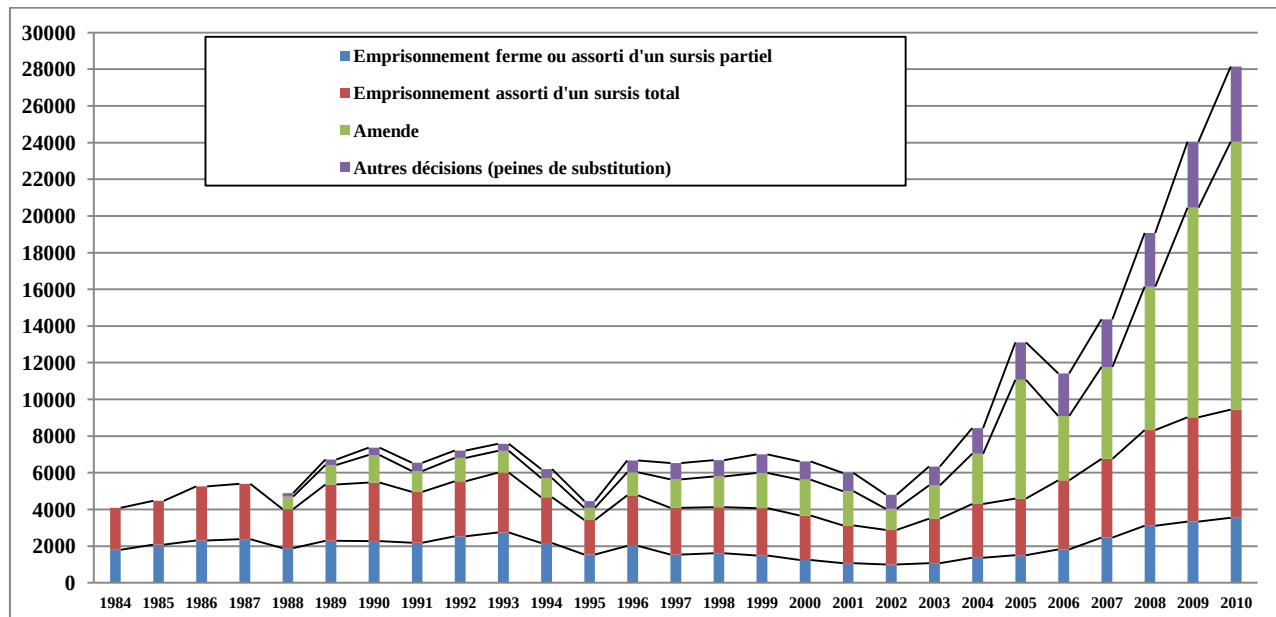
La structure des alternatives aux poursuites prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants a également évolué. Si la part des rappels à la loi (convocation de l'auteur de l'infraction par le délégué du procureur et blâme) reste prédominante au sein des mesures alternatives (77 % en 2010), celle-ci tend à diminuer au profit des alternatives à composante sanitaire : injonctions thérapeutiques et orientations vers une structure médico-sociale. Ces dernières représentent environ 20 % des alternatives prescrites pour sanctionner un délit d'usage. L'affirmation des mesures sanitaires dans la réponse pénale à l'usage est en partie liée à l'ouverture, en 2004, des consultations jeunes consommateurs (CJC), réparties sur tout le territoire, qui ont été

rapidement identifiées par les procureurs comme un relais d'orientation adapté (Obradovic 2009).

Outre le développement des alternatives aux poursuites, la réponse pénale aux affaires d'usage de stupéfiants se caractérise également par le recours de plus en plus fréquent aux condamnations judiciaires. Celles-ci ont certes progressé moins rapidement que les interpellations mais ont néanmoins été multipliées par 4 depuis 1990. Aujourd'hui, près de 60 % des condamnations prononcées en matière d'ILS sanctionnent des consommateurs (en infraction principale, seule ou associée à d'autres) : leur part dans les condamnations pour ILS atteint un niveau record, deux fois plus élevé qu'au début de la décennie 2000. La part de celles sanctionnant le seul usage, à l'exclusion de toute autre infraction, atteint 44,8 % en 2011. Cette augmentation est en partie liée à la récidive, qui donne lieu à des jugements plus sévères au fil des contacts de l'individu mis en cause avec la justice.

La nature des condamnations prononcées pour sanctionner l'usage s'est transformée au cours des deux dernières décennies. Exclusivement centrée sur l'emprisonnement au milieu des années 1980, la réponse judiciaire au contentieux d'usage s'est progressivement étoffée et les amendes sont désormais la première modalité de peine appliquée aux consommateurs vus par les tribunaux (figure 9.3).

Figure 9.3 : Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour usage de stupéfiants en infraction principale entre 1984 et 2010



Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

Note : les creux identifiables en 1988, 1995 et 2002 correspondent aux années d'amnistie présidentielle.

Données du ministère de la Justice : incarcérations

Sur 82 725 entrants en prison en 2010, 14 % environ ont été incarcérés pour une ILS. La part des infractions d'usage dans ces incarcérations pour ILS est d'environ 5 % (contre 2,5 % en 2006).

9.4. Autres délits liés à la drogue

La législation en vigueur

Depuis la loi du 18 juin 1999¹⁷³ (précisée par son décret d'application du 27 août 2001¹⁷⁴), tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route entraînant un décès immédiat sont soumis à un dépistage de stupéfiants. En cas d'analyse positive révélant la présence de stupéfiants dans le sang, ils sont passibles d'une peine maximum de 2 ans d'emprisonnement et d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 €, aux termes de la loi du 3 février 2003¹⁷⁵. Ces peines peuvent atteindre 3 ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende en cas de consommation d'alcool associée à l'usage de substances illicites. La LOPPSI 2 (Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure) du 14 mars 2011¹⁷⁶ a ajouté à ces sanctions une peine complémentaire de confiscation du véhicule, qui est obligatoire dans certains cas (notamment pour les auteurs d'un délit commis en état de récidive après une précédente condamnation pour conduite sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants). Elle a également créé une peine complémentaire d'interdiction, pendant une durée de 5 ans au plus, de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif homologué d'anti-démarrage par éthylotest électronique en cas de conduite sous l'influence de l'alcool ou après usage de stupéfiants.

Depuis plusieurs années, une procédure spécifique 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 2008¹⁷⁷. 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. La première phase de déploiement opérationnel des kits de dépistage salivaire par les forces de l'ordre est donc récente (octobre 2008) : un premier bilan effectué à la mi-mars 2009 fait état de 52 000 kits salivaires déployés sur la quasi-totalité des départements et de 7 588 tests effectués¹⁷⁸. Parmi ceux-ci, 37,4 % se sont révélés positifs pour les zones géographiques couvertes par la police et 29,6 % pour les zones couvertes par la gendarmerie.

En février 2010, le Comité interministériel de la sécurité routière a annoncé l'accroissement du nombre de tests salivaires pratiqués en bord de route. Les nouvelles mesures décidées pour 2010 ont permis de faire passer le nombre de contrôles de stupéfiants à près de 100 000 par an (contre 10 000 en 2003). Les résultats de cette politique n'ont pas encore été précisément

¹⁷³ Loi n°99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs. JORF n°140 du 19 juin 1999. (NOR EQUX9800010L)

¹⁷⁴ Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route. JORF n°198 du 28 août 2001. (NOR EQU0100214D)

¹⁷⁵ Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L)

¹⁷⁶ Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 15 mars 2011. (NOR IOCX0903274L)

¹⁷⁷ Le décret du 30 juillet 2008 modifie plusieurs articles du Code de la route afin de permettre aux forces de l'ordre de dépister, lors des contrôles routiers, la consommation de produits stupéfiants par les conducteurs d'un véhicule à l'aide de tests salivaires. Décret n°2008-754 du 30 juillet 2008 portant diverses dispositions de sécurité routière. JORF n°178 du 1 août 2008. (NOR DEVS0810101D)

¹⁷⁸ Assemblée nationale : réponse à la question écrite N° 38796 de M. Marc Le Fur publiée au JO le 21/07/2009 (<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-38796QE.htm> [accédé le 01/08/13])

évalués. Selon le bilan de la sécurité routière établi pour l'année 2011 par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR 2012), la rubrique « drogues » du fichier accidents reste encore inexploitable en 2011 car elle n'est renseignée que dans deux cas sur dix (les tests sont peu pratiqués et/ou le retour des résultats trop tardifs pour être enregistrés). Le rapport note qu'en 2011, 1 832 accidents corporels, dont 455 mortels, ont été recensés où au moins un conducteur a subi un test positif (que l'accident lui soit imputable ou non). Ces accidents faisant apparaître un usage de cannabis auraient provoqué 499 décès (soit 12,6 % de la mortalité routière) mais tous ne seraient pas imputables au cannabis (directement ou indirectement).

Contrôles de stupéfiants en 2011

En 2011, 98 100 dépistages de stupéfiants (préventifs et obligatoires) ont été effectués par les services de police et de gendarmerie, soit une augmentation de 45 % par rapport à l'année précédente (cf. Annexe V-Fichier des infractions au Code de la route). Parmi ceux-ci, 4 600 ont été réalisés à la suite d'un accident mortel de la circulation. Depuis 2004, première année d'application de la loi qui a créé l'infraction de conduite après avoir fait usage de stupéfiants¹⁷⁹, le nombre de dépistages consécutifs à un accident mortel oscille, selon les années, entre 4 000 et 5 250 (4 600 en 2011). Cette relative stabilité s'explique en partie par le caractère non systématique de ces dépistages en cas d'accident mortel, contrairement à ce que prévoit la loi : le dépistage des stupéfiants chez les conducteurs impliqués est pratiqué dans 57 % des accidents mortels seulement (trois fois plus que dans les accidents corporels, où la présence de stupéfiants n'est recherchée que dans 17 % des cas) (ONISR 2012). Cependant, la mise en œuvre de la décision d'imputer aux conducteurs positifs les frais de dépistage, inscrite dans la loi Loppsi 2, pourrait changer la donne dans les années qui viennent.

Le taux de positivité des dépistages de stupéfiants consécutifs à un accident mortel est en baisse constante depuis 2008. La présence d'un usage de stupéfiants est néanmoins attestée dans 11 % des accidents mortels suivis d'un dépistage (Direction de la modernisation et de l'action territoriale *et al.* 2012), ce qui confirme que la consommation de stupéfiants est un facteur associé à la mortalité routière, mais moins que l'alcool. La consommation simultanée d'alcool et de stupéfiants n'étant pas mesurée dans la statistique des contrôles routiers, il reste difficile d'identifier la part des accidents mortels liés, en propre, à l'alcool ou aux stupéfiants dans la mortalité routière. L'étude épidémiologique Stupéfiants et accidents mortels (SAM), menée entre 2001 et 2003 par l'OFDT et l'IFSTTAR¹⁸⁰, a cependant démontré que la consommation d'alcool multiplie le risque d'accident mortel par 8,5, alors que le sur-risque d'accident mortel lié à la conduite sous l'effet du cannabis est multiplié par 1,8. Par ailleurs, l'association d'alcool et de cannabis s'avère particulièrement nocive, puisqu'elle multiplie par 14 le risque d'accident mortel au volant (Laumon *et al.* 2005).

Condamnations prononcées en 2011

Les délits routiers liés aux stupéfiants se répartissent de la façon suivante : 24 787 pour conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants (97 % de la délinquance routière liée aux stupéfiants) et 638 refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants (3 %), infraction en forte hausse entre 2010 et 2011 (+ 10,4 %). Le nombre de délits routiers liés à l'usage de

¹⁷⁹ Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L)

¹⁸⁰ Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux.

stupéfiants a doublé depuis la mise en œuvre des tests salivaires par les forces de l'ordre en 2008 (12 944 délits).

En outre, 3 397 infractions de conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique ont été relevées en 2011, ce qui représente une baisse de 15 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution contraste avec la progression importante observée dans la période précédente. Entre 2007 et 2010, cette infraction avait en effet été multipliée par 2,4 (4 002 délits en 2010 contre 1 633 en 2007) et le développement de ce type de comportement semblait s'accélérer.

Le nombre de condamnations pour conduite après usage de stupéfiants a augmenté rapidement au cours des dernières années : il a été multiplié par 5 entre 2005 et 2011, passant de 2 976 à 16 264, en y incluant les compositions pénales. Parmi les condamnations pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants (hors compositions pénales), 77 % ont sanctionné cette seule infraction, tandis que 23 % étaient associées à une ou plusieurs autres infractions. Plus d'un tiers des condamnations se sont traduites par une peine de prison (34 %, dont moins d'une sur cinq comprenait une part de prison ferme) ; la moitié a été sanctionnée par une amende (49 %) et 17 % environ par une peine de substitution (le plus souvent l'annulation ou la suspension du permis de conduire).

Les peines ont tendance à être moins sévères lorsqu'il s'agit de conduite après usage de stupéfiants seuls ou de refus de coopérer. En revanche, elles sont plus sévères en cas de dommages corporels (8 sur 10 entraînent une peine de prison) et particulièrement en cas d'homicide, où la majorité des condamnations comprennent une part incompressible de prison (Obradovic 2013).

La progression des condamnations pour des délits liés aux stupéfiants résulte de plusieurs facteurs. Elle reflète d'abord l'attention portée par les pouvoirs publics à la répression de la délinquance routière depuis 2002, date à laquelle le thème de la sécurité routière a été mis à l'agenda politique, dans un contexte de mortalité importante. Les politiques de lutte contre l'insécurité routière se sont ainsi traduites par la création de nouvelles infractions (conduite après usage de stupéfiants, refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants), donnant lieu à des peines de plus en plus systématiques. Elles ont également conduit à développer les contrôles préventifs, ce qui entraîne mécaniquement une augmentation des condamnations.

La structure des peines prononcées suit une tendance marquée depuis quelques années : la part des amendes ne cesse d'augmenter, au détriment des peines d'emprisonnement avec sursis total. Ainsi, dans les cas de conduite après usage de stupéfiants, la part des amendes s'est élevée de 35,6 % à 48,9 % entre 2005 et 2010, tandis que la proportion de peines d'emprisonnement avec sursis total a fléchi de 43,2 % à 27,8 %. Cette évolution s'explique par le recours croissant aux procédures pénales simplifiées (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle), qui ne peuvent aller de pair avec une peine d'emprisonnement. Parallèlement, les délits routiers liés à l'usage de stupéfiants sont aussi de plus en plus souvent sanctionnés par des peines d'emprisonnement comprenant une partie ferme : cette proportion est passée de 4,1 % à 6,2 % entre 2005 et 2010.

9.5. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Aux termes de la loi du 31 décembre 1970, le système pénal français prévoit plusieurs options de soins pénalement ordonnés pour les usagers de drogues. Ces mesures peuvent être prises

par le procureur de la République (classement sans suite après orientation vers une structure sanitaire ou sociale, injonction thérapeutique) ou par le juge (libération conditionnelle assortie d'une injonction thérapeutique, sevrage obligatoire, rappel à la loi pouvant être associé à une obligation de soins). Depuis la loi du 5 mars 2007, le cadre d'application de l'injonction thérapeutique a été élargi, cette mesure peut désormais être ordonnée à tous les stades de la chaîne pénale¹⁸¹, dans le cadre d'une alternative aux poursuites, d'une composition pénale ou comme modalité d'exécution d'une peine (notamment dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve), à l'égard de tout usager de stupéfiants âgé de 13 ans ou plus (cf. chapitre 1).

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 au cours de la décennie 2000 : ce chiffre a doublé, passant de 10 261 en 2001 à 22 663 en 2011. Dans le même temps, la part des classements sans suite dans l'ensemble des décisions a chuté et celle des alternatives aux poursuites, à l'inverse, s'est renforcée. Celles-ci représentent aujourd'hui 70 % des orientations prononcées en cas d'usage, tandis que la palette des sanctions alternatives appliquées s'est diversifiée (Obradovic 2010).

Les consultations jeunes consommateurs, en place depuis 2004, constituent l'exemple le plus récent d'orientation sanitaire. La moitié des patients en ambulatoire reçus dans ces structures (dépistage, consultation et intervention brève) étaient envoyés par la justice, en particulier parmi les hommes et les jeunes adultes (Obradovic 2009).

Depuis la loi du 5 mars 2007 et le décret du 16 avril 2008¹⁸², les individus de plus de 13 ans arrêtés en situation d'usage ou de détention de drogues peuvent se voir ordonner d'effectuer un stage payant et obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. L'objectif de ces stages est pédagogique : il s'agit d'informer les usagers sur les dangers liés à la consommation, les politiques et lois en vigueur en matière de drogues ainsi que sur les conséquences sanitaires et sociales de l'usage.

Selon une première évaluation du dispositif réalisée par l'OFDT à la demande du ministère de la Justice, 1 800 à 1 900 stages collectifs de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ont été mis en place depuis la loi de 2007, en métropole et dans les DOM, par 101 associations conventionnées réparties entre 35 cours d'appel. Il existe au moins une structure prestataire de stages dans chaque ressort de cour d'appel. À raison de dix stagiaires en moyenne, les stages ont concerné 18 000 à 19 000 personnes depuis 2008 (à 96 % des usagers de cannabis), soit environ 4 500 stagiaires par an, en moyenne, chiffre en croissance constante (Obradovic 2012a).

Neuf stages sur dix sont décidés dans le cadre d'une alternative aux poursuites (50 % sous forme d'alternatives aux poursuites « classiques » et 39 % sous forme de compositions pénales). La population des stagiaires, majoritairement masculine (93 %), est âgée de 25 ans en moyenne. Elle se caractérise par une prépondérance des jeunes adultes (64 %), loin devant les mineurs, qui ne constituent que 3 % de l'effectif des stages. Neuf stagiaires sur dix ont été interpellés pour usage ou détention de cannabis. Plus spécifiquement, 68 % ont été interpellés pour usage de cannabis sans infraction associée. Pour les deux tiers d'entre eux, il s'agit d'une

¹⁸¹ Articles L3413-1 à L. 3413-4 et L3423-1 et suivants du Code de santé publique (CSP).

¹⁸² Décret n°2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais. JORF n°92 du 18 avril 2008. (NOR SJSP0769782D)

première interpellation. En outre, 11 % des personnes reçues en stage ont été interpellées pour une infraction routière (conduite sous l'influence de stupéfiants ou en état d'ivresse, excès de vitesse, etc.).

Quatre stagiaires sur dix consomment du cannabis de façon occasionnelle, c'est-à-dire moins de 10 fois par mois, 30 % en consomment régulièrement (mais pas tous les jours) et 29 % sont fumeurs quotidiens. Plus de 60 % fument habituellement dans un cadre festif ou récréatif (62 %) et 8 sur 10 à leur domicile personnel ou chez des amis.

9.6. Interventions dans le système pénal

Les personnes reconnues coupables d'infraction à la législation sur les stupéfiants par le tribunal correctionnel peuvent bénéficier d'une alternative leur évitant une peine de prison ferme. Ces alternatives à l'emprisonnement peuvent prendre différentes formes : travail d'intérêt général, peine sous forme de « 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.

9.7. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison

Avec 64 787 détenus au 1^{er} janvier 2012, pour 57 236 places opérationnelles, la France présente une densité carcérale de 113 détenus pour 100 places. La surpopulation est une des caractéristiques distinctives des prisons françaises, de même que les conditions de détention, régulièrement dénoncées par les instances internationales¹⁸³, qui contribuent à expliquer les difficultés d'accès aux soins.

Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions sont plus élevés en milieu carcéral qu'en milieu libre. La première étude épidémiologique d'envergure menée en 2003-2004 sur la santé mentale en prison indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles (Rouillon *et al.* 2007). L'étude montre, en outre, que près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool.

L'enquête sur la santé des entrants menée par la DREES en 2003 confirme la surreprésentation des addictions en milieu carcéral (Mouquet 2005). Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des personnes détenues déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à rapprocher de la fréquence des

¹⁸³ Le Comité pour la prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux détenus.

incarcérations occasionnées par des ILS¹⁸⁴ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal en population générale.

Selon les résultats de l'enquête PREVACAR (DGS 2011), 2 % des détenus seraient infectés par le VIH, soit moins de 1 220 personnes, les trois quarts à un stade d'immunodépression (CD4 inférieurs à 350). La prévalence du VIH est comparable chez les hommes et chez les femmes (2,5 % et 2,0 %). Les détenus VIH+ se caractérisent par un diagnostic ancien (9 ans en moyenne), une découverte du VIH en cours d'incarcération dans 1 cas sur 4 et un tiers d'entre eux est au stade sida. Par ailleurs, 72 % des détenus VIH+ sont sous traitement. De plus, 4,8 % des détenus seraient infectés par le VHC (soit moins de 3 000 personnes détenues), plus souvent chez les femmes : 11,8 % contre 4,5 % des détenus masculins, l'usage de drogues étant le mode de contamination le plus fréquent (70 %). Des chiffres plus anciens ont montré que les risques de transmission virale sont d'autant plus élevés dans le contexte carcéral que les injecteurs ont davantage tendance à partager leur matériel (Ben Diane *et al.* 2001).

9.7.1. Marché des drogues illicites en prison

Si les drogues illicites circulent bien dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. En France, les quelques données officielles dont on dispose en la matière remontent à 1996 : le trafic de drogues en prison affectait alors 75 % des établissements pénitentiaires français. Dans 80 % des cas, la substance illicite saisie était le cannabis, dans 6 % il s'agissait de médicaments et le reste concernait l'héroïne et d'autres drogues (Senon *et al.* 2004).

Quinze ans plus tard, un certain nombre d'éléments permettent de penser que la situation n'a que peu évolué et que le cannabis demeure la première substance à faire l'objet d'un trafic. Probablement même plus que jamais, puisque depuis l'introduction en prison des TSO en 1996, la demande d'héroïne a dû nettement fléchir (Gandilhon 2010). De plus, à l'instar de qui se passe en milieu ouvert, la distribution de BHD donne lieu, dans certains établissements, à des trafics de comprimés, très recherchés pour leurs vertus sédatives.

Si le cannabis est le produit illicite qui circule le plus au sein des prisons françaises, on assiste à l'augmentation des trafics de chlorhydrate de cocaïne. Ce phénomène est logique et ne fait que refléter ce qui se passe dans le reste de la société avec l'augmentation conséquente de la consommation en France depuis quinze ans, consommation portée par une offre elle-même de plus en plus importante.

En matière d'offre, le fait que la route de la cocaïne qui mène au grand marché européen tende à passer de plus en plus par l'Afrique de l'ouest et le Maghreb, et donc à épouser de plus en plus les routes de la résine de cannabis (Gandilhon *et al.* 2010b), favorise l'intégration de cette substance à la palette des produits vendus par les dealers de cités très présents dans les prisons. Ces réseaux sont, en général, animés par des caïds d'origine maghrébine qui reconstituent dans l'univers carcéral les organisations qui étaient à l'œuvre notamment dans les cités périphériques des grandes agglomérations (Gandilhon 2010). S'il est difficile de mesurer le phénomène, compte tenu de l'absence de données en la matière, il semble extrêmement

¹⁸⁴ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

présent, notamment dans les prisons situées à proximité des grandes agglomérations urbaines, où la population incarcérée pour ILS peut atteindre 40 % à 50 % des effectifs de la prison.

S'il n'existe pas en France, à l'instar de qui se passe dans des pays comme le Brésil ou le Mexique, des organisations criminelles qui ont pris le contrôle effectif de certaines prisons, des réseaux hiérarchisés existent bien dans les prisons françaises. Ils ont à leur tête quelques individus, non consommateurs de drogues en général, qui règnent sur une masse d'usagers dépendants. De plus, le développement des nouvelles technologies de l'information, sous la forme notamment de téléphones portables, permet de piloter de la cellule de prison le réseau opérant à l'extérieur et d'alimenter la prison en flux tendus en fonction des besoins des détenus.

9.8. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons

Des données récurrentes mettent en exergue les difficultés d'offrir aux personnes détenues des soins personnalisés dans un contexte de surpopulation carcérale.

Toutes les personnes détenues passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral, effectuée par les unités sanitaires (ex-UCSA), avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses. Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, désormais inscrite dans la loi¹⁸⁵, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996¹⁸⁶. La circulaire du 5 décembre 1996¹⁸⁷ prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : une personne détenue suivant un TSO doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, le plus souvent à base de BHD. Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire avec la méthadone¹⁸⁸. En revanche, comme en milieu libre, il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison.

En dehors de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH : conformément aux recommandations du rapport Gentilini (Gentilini *et al.* 1996), la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, a été généralisée en prison, afin de nettoyer tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis la circulaire Santé-Justice du 5 décembre 1996, et depuis la note Santé/Justice du 9 août 2001¹⁸⁹, l'administration invite les personnels sanitaires à informer les personnes détenues des modalités

¹⁸⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L). Cette loi propose une définition officielle de la politique de réduction des risques (« 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 et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », art. L. 3121-4) et impute la responsabilité de définir cette politique à l'État (art. L. 3121-3).

¹⁸⁶ Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994 (Bergeron 1999; Coppel 2002), la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1996 pour le milieu carcéral : Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996. BO Affaires Sociales n°96/16 du 25 mai 1996. (NOR TASP9630145C)

¹⁸⁷ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. BO Justice n°96/52, Tome II du 25 janvier 1997. (NOR TASP9630649C)

¹⁸⁸ Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)

¹⁸⁹ Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive

d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. Le dispositif légal mis en place par la circulaire du 5 décembre 1996 pour lutter contre la propagation du VIH prévoit également la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les unités sanitaires) : les personnes détenues peuvent les conserver sur eux ou en cellule. Un accès à une prophylaxie antirétrovirale lors d'accidents d'exposition au sang est également prévu pour les personnels sanitaires, pénitentiaires ainsi que pour les personnes détenues. Ainsi, pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seule possibilité actuelle de se protéger du risque de contracter le sida, en dehors d'avoir recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition et aux préservatifs et lubrifiants en cas de relations sexuelles, consiste à désinfecter les seringues à l'eau de Javel. Ces mesures de nettoyage du matériel d'injection à l'eau de Javel ont prouvé qu'elles étaient acceptables pour l'éradication du VIH. Il est en revanche établi qu'elles ne sont pas suffisamment efficaces pour combattre le virus de l'hépatite C (Crofts 1994). En milieu libre, les messages sur la désinfection à l'eau de Javel ont d'ailleurs été largement abandonnés, au profit de messages sur l'absence de réutilisation du matériel d'injection (« À chaque injection, du matériel neuf »).

Contrairement au milieu libre, l'accompagnement des usagers de drogues est limité en milieu pénitentiaire (« counselling », éducation par les pairs, soins de santé primaires) et l'accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, cupules stériles, seringues), pourtant autorisé en milieu libre depuis 1989, est absent de tous les établissements pénitentiaires.

En dépit des recommandations répétées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993, les usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient donc pas, en France, d'un accès au matériel stérile d'injection. Le principe d'équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre inscrit dans la loi du 18 janvier 1994¹⁹⁰ n'est donc pas strictement appliqué en France. Différents plans d'action visent cependant l'amélioration de l'accès aux soins. Le plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010) prévoit ainsi d'agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et de rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Il vise notamment la mise en place de mesures de RDR adaptées et applicables en détention pour pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibroscan^{®191} en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). Les orientations de ce plan vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012 (DGS 2009) qui définit un cadre d'intervention général pour le milieu carcéral, se limitant à réaffirmer l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice du 9 août 2001. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (Ministère de la santé et des solidarités 2006) n'avait, quant à lui, pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral.

¹⁹⁰ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15 du 19 janvier 1994. (NOR SPSX9300136L)

¹⁹¹ Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

9.8.1. Traitements (y compris le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution aux opiacés)

Entre 8 % et 9 % des personnes détenues bénéficient d'un traitement de substitution (Michel *et al.* 2011a). La prédominance de la BHD au sein des TSO, par rapport à la méthadone, apparaît aussi marquée en détention qu'en population générale : 68,5 % contre 62 % en milieu libre.

En 2010, 100 % des unités sanitaires délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Conformément aux orientations du plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, un guide de bonnes pratiques en matière de traitements de substitution aux opiacés a été élaboré sous l'égide de la MILDT (Ministère des affaires sociales et de la santé *et al.* 2013).

Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des unités sanitaires ont eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places.

Si l'on ne connaît pas la part des personnes détenues initiées aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initiations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement¹⁹². L'enquête menée en 2007 auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des personnes détenues dépendantes aux opiacés étaient prises en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, contre 22 % en 2004 (DHOS 2004; Obradovic *et al.* 2008a), si bien qu'elles représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable : deux tiers des personnes détenues suivant un TSO le sont par buprénorphine haut dosage et un tiers par méthadone (Michel *et al.* 2011a). L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70 % des établissements interrogés déclaraient au moins une primoprescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire PRI2DE déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution (Michel *et al.* 2011a). Par ailleurs, si les règles d'organisation de la prescription sont hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi diffèrent peu d'un établissement à l'autre (Obradovic *et al.* 2008b).

¹⁹² Si la BHD est le principal traitement prescrit en ville (Canarelli *et al.* 2009), elle est, en milieu carcéral, « relativement facile à détourner de son indication » (Pradier 1999), outre le fait qu'elle peut être « injectée » ou « sniffée ». Le mode de dispensation de la méthadone (sous forme de solution buvable à ingérer quotidiennement au centre médical sous les yeux du personnel soignant) ne se prêtant pas à ce genre de manipulation, le ministère de la Santé a autorisé en 2002 la primoprescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les SMPR.

9.8.2. 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). Plusieurs documents stratégiques (plan gouvernemental 2008-2011 (MILDT 2008), plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010)) abordent les problèmes publics rencontrés dans les trois niveaux des dommages liés aux drogues :

- les dommages dus à l'acquisition des drogues (« *acquisitive crime* ») 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 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.

En termes de prévention, les personnes détenues ont un accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques (INSERM 2010). De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH (WHO *et al.* 2004), et très faible pour celle du VHC (Hagan *et al.* 2003). Enfin, les usagers de drogues en détention ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES) (CNS (Conseil national du sida) 2009; CNS (Conseil national du sida) 2011).

9.8.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont plus répandues chez les personnes détenues qu'en population générale. 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.

Les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. À leur arrivée en prison, toutes les personnes détenues passent par une consultation médicale réalisée par l'unité sanitaire, avec le 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 ont la responsabilité des soins psychiatriques dans 26 institutions pénitentiaires (ce sont en général des prisons plus grandes), alors que les unités sanitaires (ex-UCSA) s'occupent des soins somatiques. Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies avait 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 récidive », considérant que les moyens du dispositif en place étaient insuffisants pour assurer la prise en charge de ces problèmes. Il proposait ainsi de confier, par modification

réglementaire, le pilotage de la prise en charge des addictions aux unités hospitalières en milieu carcéral, les UCSA, de définir des objectifs à atteindre en termes de soins aux personnes dépendantes et d'accroître les moyens financiers de ces services. Il en appelait également à la mise en place d'un « véritable plan addictions prisons », comportant notamment la mise en place de consultations d'addictologie et 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.

L'enquête PREVACAR menée en 2010 (DGS 2011) montre que les trois quarts des UCSA réalisent des actions d'information et de prévention sur la santé auprès des personnes détenues mais seulement un tiers en a réalisé une au cours des 6 derniers mois. Par ailleurs, la pratique du dépistage des maladies infectieuses a progressé au cours de la dernière décennie : le dépistage des 3 virus (VIH, VHC, VHB) est quasi-systématique en prison ; 93 % des UCSA garantissent ce dépistage mais seulement 1 UCSA sur 2 renouvelle la proposition de dépistage. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des UCSA (52 %) propose une consultation spécialisée VIH, surtout dans les plus gros établissements pénitentiaires. Une proportion un peu plus importante met à disposition des personnes détenues une consultation spécialisée hépatologie (57 %). En termes de prise en charge du VHC en prison, une recherche du virus et des anticorps du VHC est pratiquée dans 50 % des UCSA.

En revanche, peu de données existent sur l'accès des détenus séropositifs au VIH aux trithérapies et l'existence de régimes alimentaires adaptés pour les détenus atteints d'affections hépatiques.

9.8.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des personnes détenues ayant un historique de dépendance aux opiacés (Harding-Pink 1990; Marzo *et al.* 2009; Seaman *et al.* 1998). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, le risque de décès par overdose chez les anciens détenus serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme *et al.* 2001; Verger *et al.* 2003). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. Par exemple, un *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* a été mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour aider les professionnels (Ministère de la justice *et al.* 2012). Il récapitule les conditions de prise en charge sanitaire des personnes détenues aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. Théoriquement donc, lors de la sortie, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou BHD, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation.

En pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. L'évaluation de la primoprescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007 les professionnels jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation post-pénale vers un CSAPA extérieur, les orientations

vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière (Obradovic *et al.* 2008b). Plus récemment, l'enquête PREVACAR menée en 2010 a montré que seule la moitié (52 %) des UCSA a mis en place une procédure formalisée de continuité des soins à la sortie de prison.

9.9. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison

Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies avait également prévu de créer des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prison 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 ». Un appel à projets national a permis la création de 3 programmes d'accueil (deux en 2009 et 1 autre en 2010) ouvrant une dizaine de places dédiées aux sortants de prison dans des CSAPA.

10. Marché des drogues

10.1. Introduction

La compréhension de l'état du marché des drogues illicites passe par l'évaluation de la *disponibilité* et de l'*accessibilité* d'une substance donnée, par l'évolution des quantités saisies, ainsi que l'analyse de l'évolution de son prix de détail.

Le suivi de l'offre implique également la surveillance de la composition (taux de pureté, produit de coupe) des produits en circulation.

Disponibilité, accessibilité

La *disponibilité* se définit comme la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Elle est dite « perçue » dans la mesure où la disponibilité fait l'objet d'une évaluation par les observateurs « sentinelles » dédiés à cette fonction.

L'*accessibilité* désigne le degré d'effort à fournir 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 qui peuvent être mesurés à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance, les lieux (public/privé), la plage horaire (nuit/jour), ou le type de réseau.

La principale source d'information est constituée par le dispositif d'observation pérenne Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND, cf. Annexe V-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 l'application de la loi.

Le dispositif d'analyse des produits, le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES, cf. Annexe V-SINTES), partie intégrante de TREND, apporte, dans ce cadre, des informations sur la circulation et la composition de produits rares ou émergents.

Les enquêtes en population générale sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites peuvent également 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. Il est difficile de distinguer les quantités de drogues destinées au marché intérieur de celles qui ne font que transiter. Le trafic en France doit donc être abordé en fonction des produits, puisque 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, douanes, gendarmerie), produites et publiées annuellement sous la responsabilité de l'Office central pour la répression du trafic de stupéfiants (OCRTIS), sous forme de rapport. Celui-ci comprend notamment les quantités de drogues illicites saisies 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 :

- 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 de certaines substances illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, ecstasy) ;
- le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif. Pour chaque substance considérée (illicite ou médicaments détournés), le prix au détail est demandé ainsi qu'une estimation du prix le plus bas, du plus cher et du prix courant. En 2011, la collecte des prix s'est enrichie, à la demande de la MILDT, d'un baromètre fondé sur un recueil semestriel (annuel depuis 2012) réalisé par les 7 sites du dispositif TREND. Les substances illicites concernées sont le cannabis (herbe, résine), l'héroïne, la MDMA (comprimé, poudre, cristal) et la cocaïne, dont les prix sont recueillis dans l'espace urbain comme festif.

Composition et pureté des produits

La composition d'un produit correspond à l'ensemble des substances présentes dans un échantillon de ce produit.

La pureté, ou teneur, représente le pourcentage de la substance psychoactive retrouvée dans le produit.

L'échantillon 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 ;
- 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 des services 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 tout le territoire national. Il reprend les résultats d'analyse des saisies sans tenir compte du volume, à l'exception de la cocaïne, dont les saisies aéroportuaires sont distinguées des saisies de rue.

La substance psychoactive principale est dosée ; les autres substances, à part quelques cas, sont uniquement identifiées.

L'échange d'information entre l'Early Warning System (EWS), système d'alerte européen de l'OEDT, et le dispositif SINTES, dont il est le correspondant national, permet également l'identification de nouvelles molécules.

Enfin, le dispositif SINTES est aussi en relation 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, ces services fournissent des informations quant à 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 de l'OEDT.

Le dispositif SINTES

Le dispositif SINTES repose sur la collecte d'échantillons de produits, illicites ou non, réalisée directement auprès des usagers de drogues. Les produits collectés sont envoyés à un laboratoire d'analyse toxicologique qui en détermine 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 synthèse ; 2011, héroïne ; 2012, cannabis (herbe et résine)). Le dispositif SINTES-observation s'appuie en grande partie sur le réseau national TREND. Chaque collecteur local est choisi et formé selon ses réseaux et ses compétences par le coordinateur régional sous la responsabilité de l'OFDT, qui lui fournit une carte de collecte. Au total, le réseau compte environ 90 collecteurs. Chaque année, environ 350 à 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 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 aux fins d'analyse, à condition que celui-ci ait occasionné des effets indésirables inhabituels chez un usager, ou bien s'il présente un caractère de nouveauté. Le nombre annuel de collectes se situe en général entre 60 et 100. Les apports de ce volet sont donc l'identification de molécules circulant depuis peu et le renseignement ponctuel de la composition de certaines molécules à un moment précis et dans un endroit donné.
- Depuis 2010, le système SINTES s'est enrichi d'une veille internet sur les nouveaux produits de synthèse (NPS), afin de les documenter. En avril 2013, le démarrage officiel du projet européen I-TREND, coordonné par l'OFDT, permettra l'élaboration et la mise en œuvre d'outils d'observation des NPS vendus par Internet et de leurs usages.

Tous les produits pharmacologiquement actifs sont identifiés, à condition qu'ils soient présents dans la base de données du laboratoire. En revanche, 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 consommé en France. La valeur du marché (résine et herbe), selon des données remontant à 2007, est estimé à 832 millions d'euros (Costes 2007).

Du fait de la solide implantation sur le territoire français des réseaux professionnalisés qui l'importent, soit directement du Maroc, soit indirectement d'Espagne, la résine de cannabis demeure très disponible, quels que soient les aléas qui peuvent survenir sur certains marchés locaux. On constate cependant, en France comme dans le reste du continent européen, un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible. Déjà, en 2005, une étude estimait que plus de 40 % de la consommation de cannabis était constituée d'herbe et que 12 % de cette herbe était directement produite en France (Ben Lakhdar 2009), soit 32 tonnes. Depuis, le phénomène semble s'être développé. Cette culture d'herbe serait le fait majoritairement de petits cultivateurs, dont le nombre est estimé à 80 000¹⁹³ personnes. Dans l'écrasante majorité des cas, leur objectif est de satisfaire leur consommation personnelle. Cependant, plusieurs faits montrent que cette physionomie éclatée de l'offre d'herbe de cannabis est en train de se modifier. Ainsi, l'année 2011 a vu émerger le mouvement des *cannabis social clubs* (cf. encadré) tandis que certains sites du

¹⁹³ En 2010, 2 % des personnes âgées de 18 à 64 ans ayant consommé du cannabis dans l'année (80 000 personnes) déclarent s'en procurer en ayant recours uniquement à l'autoculture. Les données de 2005 ne sont pas directement comparables : 5 % des personnes (200 000 individus) avaient alors déclaré se procurer occasionnellement du cannabis en ayant recours à l'autoculture (OFDT 2013).

dispositif TREND signalaient l'augmentation des cultures commerciales *indoor* tenues par des particuliers. En outre, certains milieux criminels, d'origine asiatique notamment, s'intéressent de près à la production intensive de cannabis.

Les cannabis social clubs

Le phénomène des *cannabis social clubs* est devenu visible en France en 2011 du fait de l'émergence médiatique d'un certain nombre d'acteurs revendiquant ouvertement un changement de la législation nationale en matière de cannabis (dépénalisation de l'usage et légalisation de la production). Les *cannabis social clubs*, inspirés du modèle espagnol, reposent sur l'association à l'échelon local de petits producteurs soucieux de mutualiser leurs ressources. En 2012, une association du type loi 1901, visant à fédérer les producteurs à l'échelle nationale, a été créée à Tours. Sa dissolution a été prononcée par le tribunal de grande instance de Tours le 20 juin 2013, tandis que quelques semaines plus tôt le porte-parole de l'association avait été condamné à huit mois de prison avec sursis et 2 500 € d'amende.

Le développement des différentes formes de cannabis (le « placard », *cannabis social clubs*) tient bien évidemment aux évolutions d'une demande soucieuse de disposer de produits réputés « bio » et de « bonne » qualité. Toutefois, la volonté croissante des usagers d'échapper aux circuits de l'économie parallèle est à prendre en compte. Sont invoqués ainsi des questions de sécurité mais également un souci « éthique » exprimant la volonté de ne pas alimenter des réseaux criminels. Ce sont notamment les arguments avancés par les protagonistes du mouvement des *cannabis social clubs*.

Héroïne

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate, dite blanche, et la forme base, dite brune. La première, extrêmement minoritaire sur les marchés parallèles, ne circule que dans des milieux bien spécifiques, par exemple 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 à partir de la seconde moitié des années 1990, les observateurs investis dans le champ des drogues, de même que les services de répression du trafic et de l'usage, notent depuis l'année 2006 une plus grande disponibilité de l'héroïne brune. Cela intervient dans un contexte où le prix s'est stabilisé à un niveau relativement bas, 35-40 € en 2012, par rapport au début des années 2000 où il atteignait 60 € voire 70 €. Cette hausse de la disponibilité intervient autant dans les milieux des usagers les plus marginalisés fréquentant les CAARUD que dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans certains milieux festifs des courants alternatifs et *underground* proches de l'univers de la musique électronique (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b).

En France, l'héroïne reste, à l'exception du site de Marseille, très fortement disponible sur les territoires relevant du champ d'observation du dispositif TREND. En 2011, les sites font même état d'une hausse de sa disponibilité et n'ont constaté aucune période de pénurie – même circonscrite ou ponctuelle – du produit, observations corroborées par celles de l'OCRTIS qui note « *un accroissement de la disponibilité du produit* ». Par ailleurs, les usagers interrogés dans le cadre de l'enquête SINTES/Héroïne 2011 sont 71 % à déclarer qu'ils n'éprouvent aucune difficulté particulière à se procurer de l'héroïne (Lahaie à paraître).

En 2012, selon les premières remontées d'information en provenance des sites, la situation n'a guère évolué, au point même qu'à Toulouse et Metz, l'usage d'héroïne est en train de (re)devenir une préoccupation majeure des pouvoirs publics et des acteurs impliqués dans le

champ de la réduction des risques (RDR). Ce constat d'une disponibilité maintenue de l'héroïne est partagé par l'OCRTIS, qui note que la présence du produit reste forte, notamment dans l'est et le nord-est de la France (OCRTIS 2013).

Cocaïne

En 2011, selon une étude publiée par l'OFDT, le chiffre d'affaires du marché de la cocaïne en France se situerait autour de 900 millions d'euros, correspondant à une consommation intérieure d'une quinzaine de tonnes (Ben Lakhdar 2012).

En 2011 et 2012, la disponibilité globale du chlorhydrate de cocaïne est restée élevée dans l'ensemble des sites du dispositif TREND, alors même que les saisies de cocaïne en France lors de l'année 2011 ont marqué un record historique avec 11 tonnes saisies. Ce dynamisme est favorisé par une grande diversification des modalités de l'offre. En 2011, certains sites (Metz, Toulouse) insistent sur l'importance grandissante d'une offre en provenance des zones défavorisées avec des *modus operandi* similaires à ceux utilisés pour la résine de cannabis : ventes sur fond d'occupation de l'espace public (cages d'escalier, halls d'immeuble) et organisations structurées verticalement (nourrices, guetteurs, revendeurs). Il semble toutefois que les réseaux qui importent et revendent la résine de cannabis, contrairement à une hypothèse formulée il y a quelques années, ne soient pas les mêmes que ceux qui font venir la cocaïne sur le territoire français et qu'il existe un cloisonnement : *« une spécification des réseaux de trafic est clairement établie au sein des quartiers susdits. Certains réseaux très structurés et tenus par des familles organisent la mise sur le marché de résine de cannabis. D'autres plus artisanaux, montés autour d'équipes utilisant des go-fast ou des go-slow, alimentent une disponibilité régulière de cocaïne »* (Sudérie 2013). Toutefois, cette modalité de distribution de la cocaïne demeure encore minoritaire au regard de l'importance des petits réseaux d'usagers-revendeurs s'approvisionnant directement aux Pays-Bas ou en Espagne ou ayant recours, comme cela a été signalé en 2011, à des trafics par voie postale.

Selon l'OCRTIS, la disponibilité de la cocaïne en 2012 est « forte ou assez forte sur une large partie de l'Hexagone », à l'exception toutefois des départements ruraux du centre de la France. C'est dans les grandes zones urbaines que sont les métropoles lilloise, parisienne, lyonnaise et marseillaise que la disponibilité du produit est la plus forte (OCRTIS 2013).

Par contre, la disponibilité du crack (cocaïne vendue déjà basée et en très petite quantité à une clientèle en majorité très précaire) reste une particularité du nord-est parisien (intra-muros et communes limitrophes), des îles antillaises et de la Guyane. Les micro-marchés qui peuvent apparaître sporadiquement dans des villes de province ont des durées de vie très limitées.

Crack et free base : quelle différence en France ?

Tous deux correspondent à la forme « basée » du chlorhydrate de cocaïne par dissolution dans de l'eau et adjonction d'un réactif alcalin. Selon l'origine de ces termes américains, l'utilisation de bicarbonate produit du « crack », celle d'ammoniaque du « free base », sachant que la substance active obtenue est la même. Cependant, du fait de ses modes d'arrivée en France, ce sont surtout les contextes de consommation qui déterminent l'utilisation de tel ou tel terme : alors que le crack est vendu déjà préparé, sous forme de galette, le free base est souvent préparé par l'utilisateur lui-même après l'achat de chlorhydrate en poudre.

Jusqu'à récemment, le crack et le free base, même s'ils constituent un seul et même produit (la cocaïne basée), recouvraient des pratiques d'usage intervenant dans des milieux sociaux

extrêmement différents. Ainsi, le crack était et reste consommé au sein de franges extrêmement marginalisées d'usagers de la région parisienne (nord de Paris et Seine-Saint-Denis essentiellement) s'en procurant auprès de revendeurs « professionnels », tandis que le free base était consommé par des usagers issus essentiellement de l'univers festif alternatif, obtenant le produit en le préparant eux-mêmes à partir de la cocaïne. Même si cela demeure encore largement valable, il semble que dans certains sites la situation ait évolué sur plusieurs plans. À Paris, les observations ethnographiques montrent depuis plusieurs années que les deux milieux sociaux sont de plus en plus poreux et que la scène de crack présente dans le nord de la capitale est fréquentée de façon croissante par des personnes dont le profil social tranche avec celui que l'on avait l'habitude d'y voir (Cadet-Taïrou *et al.* 2012b). La présence de jeunes issus de l'espace festif alternatif ou d'adultes socialement insérés est de plus en plus visible. Cette présence tient notamment aux difficultés éprouvées par les usagers pour réunir la somme nécessaire à l'achat d'un gramme de cocaïne (autour de 70 €) destiné à être transformé en base alors que le crack peut être vendu en plus petites quantités (entre 50 et 200 mg, accessibles pour une somme autour de 20 €). Cette demande de cocaïne basée dépassant la dichotomie traditionnelle (crack/free base) fait, semble-t-il, émerger une offre spécifique. Ainsi, à Paris, les données ethnographiques et celles issues des forces de l'ordre font état, dans certaines « cités » du nord de la capitale, de vente de cocaïne basée sur le modèle de la distribution de résine de cannabis. Les cailloux seraient fabriqués en Seine-Saint-Denis puis acheminés dans la capitale pour être revendus.

Parallèlement, sur le plan sémantique, il semble que la distinction crack/free base soit moins de mise, de plus en plus d'usagers étant conscients de consommer un seul et même produit en dépit des deux appellations différentes ou différenciant crack et free base selon d'autres critères. Ainsi, à Toulouse, les usagers de cocaïne base parlent de plus en plus de « crack » pour qualifier le produit qu'ils consomment et/ou achètent basé, qu'il s'agisse des usagers les plus précaires ou de personnes socialement insérées qui fréquentent l'espace festif.

Cependant, si le marché bordelais pratique des prix proches des prix parisiens, le marché toulousain vend le crack au gramme, évitant peut-être une plus large diffusion dans des populations très précaires. Il n'en demeure pas moins qu'en 2012, 57,7 % des usagers de cocaïne/crack interrogés dans les CAARUD disent avoir pris de la cocaïne basée au cours du dernier mois (crack ou free base) alors qu'ils étaient 47,9 % en 2008 (Saïd *et al.* à paraître).

Au delà de l'aspect sémantique, l'intérêt porté à ces évolutions tient à leurs possibles prolongements : une dédramatisation du crack, mais surtout l'accroissement de l'accessibilité à une cocaïne à faible coût pour des populations plus étendues.

Ecstasy et amphétamines

Pour comprendre correctement l'état du marché et de l'offre d'ecstasy, il faut opérer une distinction entre les différentes formes sous lesquelles le produit circule : comprimé, gélule, poudre ou encore cristal. Si le comprimé est la forme la plus répandue en France, son marché est beaucoup moins dynamique qu'à l'époque du développement du mouvement techno au milieu des années 1990. Après une année 2009 marquée par une chute de l'offre de comprimés contenant de la MDMA, il semble que ces mêmes comprimés d'ecstasy, sous cette forme galénique, soient à nouveau présents dans l'espace festif. En 2011 et 2012, cette tendance est confirmée par le volet veille de SINTES et l'OCRTIS, avec la présence de comprimés très fortement dosés.

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 (discothèques, boîtes de nuit). Cependant, son prix est en nette diminution ces dernières années, 55-60 € en 2012 contre 80 € en 2009. De plus, il semblerait que, pour répondre à la hausse de la demande, une organisation plus structurée de l'offre soit en train de se mettre en place. Ainsi, les services répressifs de sites comme Paris ou Rennes notent l'émergence de réseaux organisés et professionnalisés s'approvisionnant aux Pays-Bas et en Belgique.

L'offre d'amphétamine (speed) est toujours dynamique et s'adresse à un segment bien identifié d'utilisateurs pour lesquels il fait office, en quelque sorte, de cocaïne de remplacement, du fait de la présentation sous une forme poudreuse 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 se développerait également dans l'univers des boîtes de nuit et discothèques, en bénéficiant de la désaffection de beaucoup de consommateurs pour le comprimé d'ecstasy.

Même si la circulation de méthamphétamine demeure exceptionnelle en France, ce produit doit faire l'objet d'une surveillance particulière du fait de sa dangerosité intrinsèque et de sa disponibilité dans certains pays européens (République Tchèque, Slovaquie), qui rend envisageable sa circulation en France. En 2011 et 2012, à l'instar des années précédentes, plusieurs sites comme Rennes, Paris ou Toulouse signalent des usages de méthamphétamine dans certains cercles comme le milieu gay ou dans des communautés migrantes en provenance d'Asie du sud-est. Sur les quelques échantillons collectés sous le nom de méthamphétamine, après analyse, la plupart n'en contenait pas. Sa présence a cependant été authentifiée par analyse à trois reprises ces trois dernières années : en 2010 à Toulouse (ramenée directement de l'étranger par un usager), en 2011 à Paris (auprès d'un usager qui l'utilisait en contexte sexuel) et début 2013 à Toulouse de nouveau. Les services douaniers signalent également des saisies de méthamphétamine destinée au marché français en quantités plus importantes que par le passé : jusqu'à 2,6 kg lors d'une saisie à Roissy en 2011¹⁹⁴ et près d'1 kg dans un véhicule à Marseille début 2013 à destination du marché local. En outre, un cas d'usage problématique (validé par analyse biologique) a été signalé par le site parisien : la personne, parfaitement insérée socialement, la consommait fumée depuis plus d'un an, mais souffrait de conséquences sérieuses de cet usage au moment de sa rencontre avec le système de soins. Quoi qu'il en soit, en dépit de l'intérêt pour le produit et de la fascination qu'il suscite, celui-ci demeure extrêmement discret.

Autres drogues de synthèse : les nouveaux produits de synthèse (NPS)

Les NPS sont des substances synthétiques dont les effets se rapprochent de ceux de substances déjà connues tels le cannabis, le khat ou la MDMA, et sont accessibles sur des sites de vente en ligne sur Internet.

Depuis l'émergence discrète en France du phénomène des NPS en 2008 (Lahaie *et al.* 2013), 60 nouvelles substances¹⁹⁵ ont été identifiées par les laboratoires d'analyses toxicologiques et le rythme d'identification s'accélère fortement depuis 2010, avec aujourd'hui une nouvelle

¹⁹⁴ Les saisies aéroportuaires de méthamphétamine ne dépassaient pas 100 g auparavant.

¹⁹⁵ De 2008 à 2012

substance analysée chaque mois. La grande majorité de ces substances appartient aux familles des cannabinoïdes de synthèse (18 entre 2008 et 2012) et des cathinones (15 entre 2008 et 2012). La majeure partie de la vente de NPS passe par le vecteur Internet où l'on assiste à une multiplication des sites de vente européens : environ 700 sites de vente en ligne ont été identifiés par l'OEDT en 2011 (OEDT 2012), dont une trentaine, listés par l'OFDT, en langue française. Toutefois, le phénomène des ventes « en espace réel » est de plus en plus observé dans l'espace alternatif techno sur plusieurs sites du dispositif TREND (Bordeaux, Metz et Lille, au-delà de la frontière belge notamment). Ces reventes ne sont pas le fait de réseaux organisés, mais plutôt d'utilisateurs ou de dealers isolés ayant obtenu le produit via Internet et se livrant à des petits trafics, tranchant avec les pratiques de partage dans les cercles d'amis.

Les prix de « revente » apparaissent beaucoup plus élevés que ceux pratiqués sur le web. En effet, en 2011, les prix des NPS à la revente de « rue » sont en moyenne trois fois plus élevés que ceux en ligne. Ils restent cependant assez compétitifs au regard des drogues « classiques » sous les noms desquelles ces NPS sont vendus le plus fréquemment. La circulation de produits dits « nouveaux » ou « inconnus », décrits seulement par des noms fantaisistes ou par leurs effets supposés ou ressentis, est signalée plus régulièrement dans les fêtes, de même que les substances vendues comme cocaïne, kétamine ou encore « PCP » (phéncyclidine)¹⁹⁶, dont les effets sont peu en rapport avec ceux de la substance annoncée. Le site de Metz signale également des « ventes de rue » en centre-ville mais ce phénomène apparaît encore largement minoritaire.

Leur consommation semble assez limitée par rapport aux « drogues classiques », qui restent préférées, du moins en dehors des cercles d'initiés. Toutefois, les usages de NPS en contexte sexuel s'intensifient dans certains milieux gays. La pratique du slam notamment (injection en contexte sexuel), souvent dans le cadre de pratiques dites « hard », concerne pour une bonne part les NPS. Les signalements de problèmes sanitaires suite à la consommation de ces NPS montrent également que leur usage progresse, même s'il est très difficile à cerner avec les moyens d'observations classiques, l'approvisionnement et la consommation pouvant demeurer totalement privés.

La MXE : NPS de l'année 2012 ?

Le cycle de vie des NPS, encore peu étudié, se distingue cependant clairement de celui des substances classiques par la rapidité de leur phase d'émergence et par le désintérêt rapide dont la plupart d'entre eux fait l'objet. En 2011 et 2012, la MXE (méthoxétamine) émerge toutefois de l'ensemble par l'intérêt croissant qu'elle suscite chez les internautes¹⁹⁷. Elle est aujourd'hui visible dans l'espace festif d'un certain nombre de sites (Bordeaux, Toulouse, Paris et Metz). Ses effets s'apparentent à ceux de la kétamine sous le nom de laquelle elle circule fréquemment. Il semble que cette nouvelle drogue bénéficie de l'engouement actuel pour cette dernière, dont la disponibilité ne répond pas toujours à la demande dans l'espace festif techno (Martinez *et al.* 2013). Les effets de la MXE étant plus puissants et plus durables que ceux de la kétamine, déjà difficile à doser, cette substitution est à l'origine de fréquentes complications (malaises, troubles psychiques ou psychiatriques...).

¹⁹⁶ Produit de synthèse qui relève à la fois des psychotropes hallucinogènes et des produits dits "dissociatifs" (engendrant un sentiment de dissociation entre le ressenti corporel et psychique). Si des usagers évoquent parfois avoir acheté de la PCP, il n'existe pratiquement aucune donnée (saisies, intoxications, décès, etc.) attestant de sa circulation en France ou dans l'Union Européenne.

¹⁹⁷ Voir la note du dispositif SINTES mise à jour le 24 octobre 2012, consacrée à cette substance : http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_methoxetamine_111105.pdf

Hallucinogènes

Le marché des hallucinogènes est segmenté en deux sous-ensembles : les produits synthétiques comme le LSD et les 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 aléas 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, l'offre n'aurait pas connu d'interruption notable et le LSD serait disponible principalement 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.

Depuis 2009, la kétamine occupe une place de plus en plus affirmée au sein de l'éventail des substances consommées dans l'espace festif alternatif. En 2011-2012, sa disponibilité, bien que fluctuante, est en forte hausse à Rennes, Bordeaux et Toulouse, suivant un tropisme géographique concernant le tiers ouest/sud-ouest de la France. La hausse apparaît plus mesurée dans les fêtes à Metz, Paris ou Marseille, même si la substance y est recherchée, ou encore à Lille. Le marché reste cependant non structuré et relativement artisanal. Le prix du gramme de kétamine (autour de 40 € en moyenne) semble varier largement suivant le lieu et le moment (de 20 € à 60 €).

Les nouveaux usagers sont essentiellement ceux de la sphère festive alternative, polyusagers plus ou moins jeunes dont certains tendent à se focaliser sur ce produit. À Toulouse, Bordeaux et dans une moindre mesure à Metz, la kétamine est également consommée par des usagers de drogues précaires visibles dans l'espace urbain, notamment, mais pas seulement, par des jeunes en errance.

Si les pratiques d'usage et les effets recherchés ont globalement déjà été décrits dans des rapports TREND précédents (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b), quelques éléments méritent d'être signalés.

Il s'agit en particulier de la poursuite de l'évolution de l'image de la kétamine, alimentée par la multiplicité des discours qu'elle suscite. Son image la plus répandue, celle de « l'anesthésique de cheval », produit dangereux aux effets incontrôlables, cède de plus en plus la place, dans les milieux d'usagers, à celle plus légère d'un produit festif, ludique, amusant et désormais associé au terme « poney » à travers toute une variété d'expressions (« génération poney », « faire du poney »...). Cette dédramatisation de son image est directement en lien avec la domestication de son usage par certains usagers ayant appris à en maîtriser les doses.

La kétamine est en outre considérée par beaucoup d'usagers comme un produit non coupé. Ceux-ci évoquent aussi la durée limitée de ses effets (20 à 30 minutes) qui ne seraient pas suivis d'une phase de descente et offrirait la possibilité de reprendre le volant, d'échapper aux dépistages routiers (la kétamine n'est pas détectable avec les kits) et d'être en forme le lendemain (affirmation à nuancer, d'autres se disant « lessivés » après une session de consommation). Les usagers la considèrent également comme pouvant être facilement associée à d'autres substances et la consomment avec de l'alcool, de la cocaïne (sous le nom de « Calvin Klein »), de la MDMA, mais également avec du LSD. Elle suscite de nombreux discours, quand à sa qualité, à la façon de la préparer, aux problèmes urologiques que les consommations régulières semblent entraîner (Hanna 2010), etc.

Deux sites, Paris et Marseille, signalent en 2012 de très grosses prises volontaires, motivées par la recherche du K-Hole¹⁹⁸ voire d'une surenchère au « plus kétaminé ». Le site parisien mentionne également la recherche de « l'effet Rocketta » qui consiste à prendre le maximum d'alcool puis de la kétamine.

En dépit des discours positifs, usagers comme professionnels signalent l'apparition d'une tolérance rapide et importante associée à un risque avéré de chronicisation de l'usage et de dépendance qui s'ajoutent aux risques déjà décrits.

Le GBL (précurseur du GHB) est facilement accessible par Internet et dans certains magasins de matériel pour automobile, même si depuis 2011 sa cession commerciale en direction du public est désormais interdite (cf. chapitre 1). Jusqu'en 2007, sa consommation était essentiellement circonscrite au milieu festif gay, avant de se répandre de Paris vers la province et des lieux de consommations privés vers les clubs. Vers 2009, l'usage se développe en clubs et en discothèques, essentiellement dans les villes du sud de la France (Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Aix-en-Provence) et touche alors une population de jeunes *clubbers* en dehors du milieu festif gay. En 2011, les usages de la population festive gay sont de nouveau cantonnés à l'espace privé et il semble que l'usage chez les jeunes soit redevenu assez discret.

L'offre d'hallucinogènes naturels, à l'instar de ce qui est constaté pour l'herbe de cannabis, est dynamisée par une forte demande. Les consommateurs sont avides de produits dits biologiques, à forte composante « mystique » comme les plantes, utilisées dans les sociétés traditionnelles dans le cadre de phénomènes de transe chamanique (*Salvia divinorum* ou *Datura* par exemple) (Reynaud-Maurupt 2006). En outre, l'offre est favorisée par l'utilisation d'Internet, qui permet un approvisionnement avec des risques limités généralement en provenance 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 produite en France par une autoculture le plus souvent domestique et plutôt artisanale.

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs. Il s'agit d'abord du développement d'une mode privilégiant l'usage de produits dits « biologiques » supposés être de meilleure qualité. Le deuxième facteur est le souci grandissant des usagers de se protéger des risques d'interpellation en évitant la fréquentation des marchés parallèles et des dealers.

Depuis une dizaine d'années, le phénomène semble en nette augmentation. En 2005, la production autochtone d'herbe était déjà estimée à une trentaine de tonnes (Ben Lakhdar 2009).

Les services en charge de la répression du trafic illicite de stupéfiants notent également le développement du commerce transfrontalier d'herbe en provenance de Belgique et des Pays-Bas. Dans ces deux pays, dont la production conjointe est estimée à près de 1 000 tonnes, la culture a pris une ampleur considérable en raison de l'implication du crime organisé dans la production à grande échelle (Weinberger 2011), la majeure partie de la production étant

¹⁹⁸ Le K-Hole ou « trou noir » désigne l'expérience intense, parfois très angoissante, vécue du fait de la prise d'une quantité importante de kétamine : perte des repères temporo-spatiaux, voyage hallucinatoire, sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit, distorsion des perceptions...

destinée à être exportée. Cependant, depuis quelques années, la France n'est pas épargnée par le phénomène, à l'instar d'autres pays européens.

Depuis 2007, de multiples affaires, mises au jour par l'OCRTIS, ont permis de démanteler de véritables coopératives de production impliquant des personnes en provenance des Pays-Bas. En 2011, dans la banlieue parisienne, les enquêteurs de l'Office central pour la répression de l'immigration irrégulière et de l'emploi des étrangers sans titre (OCRIEST) et de l'OCRTIS ont saisi 700 plants de cannabis dans une plantation clandestine *indoor* employant des immigrés clandestins d'origine vietnamienne. Cette « usine » à cannabis (*cannabis factory*) était en capacité de produire plus de 100 kg par an de sinsemilla¹⁹⁹ pour 400 000 € de chiffre d'affaires (Weinberger 2011).

En 2012 et 2013, de nouvelles affaires de démantèlements de *cannabis factories*, en région parisienne et en Lorraine notamment, sont venues confirmer l'implantation en France de cette modalité de production d'herbe de cannabis.

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, le plus souvent via l'Espagne. Elle est importée par des réseaux criminels transnationaux bien organisés et souvent implantés dans des cités dites sensibles, à la périphérie des grandes métropoles françaises, où existe une proximité culturelle avec le pays producteur. L'architecture du trafic de résine de cannabis s'appuie en France sur trois grands types de trafiquants :

- des grossistes implantés dans le sud de l'Espagne ou au Maroc, capables d'importer de la résine de cannabis par tonnes. Selon certains services répressifs, leur nombre s'élève à une soixantaine (soit environ un millier de personnes) ;
- des intermédiaires (semi-grossistes), qui acheminent régulièrement sur le territoire français de la résine de cannabis en provenance d'Espagne ou des Pays-Bas. Ce sont des groupes très structurés qui importent aussi d'autres produits illicites (cocaïne, héroïne) même si la spécialisation monoproduit reste plutôt la règle. Leur nombre se situerait dans une fourchette comprise entre 689 et 1 504 (Ben Lakhdar 2007b) ;
- des trafiquants locaux situés à la tête de réseaux de revendeurs chargés d'écouler les produits sur un territoire donné.

Aujourd'hui le marché de la résine de cannabis semble moins dynamique et rentable. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène. D'une part, la concurrence grandissante provoquée par une offre d'herbe produite en France et dans le reste de l'Europe, et d'autre part, la répression menée par les services de police, des douanes et de la gendarmerie qui conduisent

¹⁹⁹ La sinsemilla (« sans graine » en espagnol) est une qualité de cannabis née en Californie dans les années 1960, obtenue par une technique particulière. Celle-ci repose sur le croisement génétique de différentes variétés et l'arrachage des plants mâles, ce qui permet aux plants femelles de développer au maximum leur teneur en THC (pouvant dépasser 20 % pour atteindre parfois jusqu'à 35 %).

les trafiquants à démultiplier les zones de stockage et à fragmenter leurs convois. Cela provoquerait une hausse des coûts et, par effet mécanique, une chute de la rentabilité du trafic.

En 2012, le fait marquant en matière d'offre est constitué par la disponibilité d'une résine en provenance d'Afghanistan, pays qui est devenu le premier producteur mondial de cette substance. Pour le moment, le phénomène semble marginal – quelques dizaines de kilos saisis en France en 2012 – et la connaissance des réseaux qui l'importent demeure encore très fragmentaire.

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 enregistrée depuis dix ans en Afghanistan, pays d'où provient 90 % de l'héroïne consommée en France, couplé à une demande en augmentation depuis quelques années (Cadet-Taïrou *et al.* 2012a).

L'augmentation de la production d'opium et d'héroïne (Chouvy 2013) a favorisé le développement d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne via la route des Balkans²⁰⁰ sur le territoire français.

Cette importation se réalise selon deux grands circuits. Un circuit où l'héroïne est directement réceptionnée sur le territoire français (est de la France et région Rhône-Alpes) et un circuit indirect par l'implantation de stocks d'héroïne destinée au marché hexagonal dans des pays frontaliers comme la Belgique, les Pays-Bas ou l'Allemagne. Là, l'héroïne est vendue en gros ou en demi-gros à des réseaux de détaillants. En général, ceux-ci sont implantés dans les cités périphériques des grandes agglomérations urbaines françaises où ils contrôlent le trafic de résine de cannabis importée d'Espagne ou du Maroc.

À côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé, il existe des réseaux, qualifiés par la police de *secondaires*, des micro-structures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs. Ils s'approvisionnent en héroïne dans les pays frontaliers de la France, comme la Belgique et les Pays-Bas. Ces deux pays sont les lieux traditionnels de stockage de l'héroïne qui arrive via la route des Balkans (OCRTIS 2009). Tous ces facteurs contribuent au caractère de plus en plus diffus de la présence du produit sur le territoire français.

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage (BHD) prescrite dans le cadre de traitements de substitution aux opiacés fait l'objet, depuis sa mise sur le marché en 1996, d'un trafic sur le marché parallèle des centres urbains, destiné la plupart du temps à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés (Toufik *et al.* 2010). Ce trafic est porté par deux types de groupes :

- un groupe relativement organisé qui, obtenant de multiples prescriptions par le biais de personnes éventuellement non dépendantes aux opiacés ou en falsifiant des ordonnances, dispose de quantités importantes de comprimés susceptibles d'être vendues au marché noir mais également exportées ;

²⁰⁰ Selon l'ONUDC, 80 % de l'héroïne afghane destinée au marché européen emprunterait la route des Balkans (UNODC 2012).

- un groupe composé essentiellement d'usagers eux-mêmes sous traitement de substitution, qui se livrent à de petites reventes dans le cadre d'un marché non structuré.

En 2010, dans l'est de la France, des cas de trafics transfrontaliers en direction de l'Allemagne ont été rapportés, le comprimé de 8 mg pouvant y être vendu de 25 à 50 € contre 5 € en moyenne en France. En 2011, 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. En effet, 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 de BHD.

Méthadone

La forme « sirop » fait, depuis plusieurs années, l'objet de détournements selon les modalités décrites les années précédentes, à savoir, pour l'essentiel, des « dépannages » ou des micro-trafics qui ne dépassent pas le stade artisanal, même s'ils sont un peu plus visibles d'année en année. En 2011, un certain nombre de sites du dispositif TREND (Rennes, Lille, Bordeaux, Toulouse et Paris) ont fait état de circulation de gélules hors du cadre thérapeutique prévu. Cependant, à l'instar de ce qui se passe pour le sirop, il semble que la présence de gélules ne soit pas le fruit d'un trafic organisé mais de « dépannages » ponctuels entre usagers. En effet, si la méthadone est détournée à des fins de « défonce » dans certains groupes, elle est surtout utilisée par des usagers à des fins substitutives et son image reste celle d'un médicament. La situation des usagers en demande de traitement, arrivant déjà en auto-substitution par la méthadone « de rue », semble effectivement s'être généralisée. Par ailleurs, les sites de Paris, Marseille et Rennes²⁰¹ signalent toujours des cas d'injection de méthadone en sirop, après simple dilution, à l'aide de grosses seringues de 10 ml (voire de 30 ml), au sein de populations migrantes précarisées originaires d'Europe de l'Est ; de même que des cas d'entrée dans la dépendance aux opiacés via le médicament chez de jeunes précaires. Dans ce cadre, les gélules ne semblent pas l'objet d'une préférence particulière. Aucune injection n'a été rapportée les concernant. Ces phénomènes restent donc à surveiller étroitement compte tenu de l'accroissement depuis 2009 de la présence de méthadone dans les décès par surdoses en France, parallèlement à la baisse de la part de l'héroïne dans les substances retrouvées : selon les données collectées par le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – cf. Annexe V-DRAMES) en 2011, la méthadone seule ou en association serait principalement en cause dans 38 % des surdoses contre 22 % en 2009²⁰² (cf. chapitre 6) (Brisacier 2013).

Cocaïne

Il existe aujourd'hui trois grands types de réseaux qui assurent la distribution de la cocaïne sur le territoire français :

- des réseaux liés au grand banditisme, français et étrangers, spécialisés en général dans la vente en gros du produit ;

²⁰¹ De même qu'un CAARUD de Lyon en 2010.

²⁰² De 2007 à 2009, c'est au contraire une montée du poids de l'héroïne qui avait été observée.

- des réseaux dits de « cité » implantés dans les quartiers périphériques des grandes métropoles investis soit dans la vente en gros soit de détail ;
- des réseaux d'usagers-revendeurs plus ou moins professionnalisés.

Si les réseaux liés au grand banditisme sont certainement minoritaires quantitativement, ils sont en revanche décisifs pour la mise à disposition du produit. Ceux-ci peuvent se subdiviser en deux sous-groupes :

- les trafiquants « hors sol » installés dans les pays de réception de la cocaïne qui arrive en Europe, notamment le sud de l'Espagne, et qui opèrent directement de l'étranger en vendant de grandes quantités de produit à toutes sortes d'importateurs potentiels soucieux de vendre le produit en France ;
- des grossistes implantés dans un microcosme local ou régional français, qui écoulent le produit obtenu, en général auprès des organisations relevant du premier groupe via des réseaux plus ou moins organisés de détaillants.

À la différence des grossistes implantés dans l'Hexagone, les premiers sont directement en contact avec des organisations criminelles européennes, en général italiennes ou britanniques, ou extra-européennes comme les cartels colombiens ou mexicains (Olvera *et al.* 2012). Ils sont capables d'importer des centaines de kilos de cocaïne (notamment par transport maritime) et évoluent à l'échelle transnationale par le biais d'implantations en Amérique latine (Venezuela, Brésil), aux Antilles (Guadeloupe, Martinique, République Dominicaine) et, plus récemment, en Afrique de l'Ouest.

Au sein des réseaux de trafiquants qui s'approvisionnent à l'étranger, les organisations de cités sont extrêmement présentes du fait de leur expérience accumulée depuis des décennies dans l'importation de résine de cannabis. Elles sont, en général, relativement proches du grand banditisme du fait des relations d'affaires qu'elles entretiennent avec lui, et une certaine porosité existe entre les deux milieux : les membres les plus « dynamiques » de ces réseaux pouvant intégrer les sphères les plus élevées du crime organisé.

Plusieurs facteurs expliquent l'investissement croissant des réseaux de « cité » dans le trafic de cocaïne : une demande extrêmement dynamique et une rentabilité beaucoup plus grande de ce trafic par rapport à celui de la résine de cannabis.

Du côté de la demande, le développement de l'usage de cocaïne dans des milieux populaires, avec lesquels ce type d'organisations est proche, du fait de leur enracinement social, favorise cette nouvelle dynamique. Depuis dix ans, la chute des prix du gramme au détail, passé de 150 € à la fin des années 1990 à 60 € voire 50 €, a facilité l'accès au produit au sein des couches les plus modestes de la population dans un contexte marqué par les transformations des représentations sociales s'agissant des drogues dites dures. Il semble en effet que dans les banlieues ouvrières marquées à la fin des années 1970 par l'épidémie d'héroïne, les tabous liés à l'usage de substances illicites comme l'héroïne et la cocaïne soient en train de s'effondrer et favorisent l'émergence d'une demande endogène aux « quartiers », alimentant en retour une offre locale de plus en plus structurée.

Le niveau de rentabilité beaucoup plus grand de la revente de cocaïne au détail par rapport à celle de la résine de cannabis favorise également la reconversion des trafiquants en direction de cette substance. En effet, chaque gramme de cocaïne vendu au détail permet de dégager, compte tenu des prix pratiqués par les grossistes, une marge d'une trentaine d'euros contre à peine 3 € pour la résine de cannabis.

La troisième grande modalité organisationnelle est celle des micro-trafics animés le plus souvent par des usagers-revendeurs. En général, ceux-ci se lancent dans le deal, dans un premier temps, afin de financer leur consommation personnelle à moindre coût – le gramme de cocaïne acheté en gros est en moyenne deux fois moins onéreux que celui acquis sur le marché de détail – en achetant la cocaïne à un grossiste ou un semi-grossiste, et finissent par constituer des micro-réseaux comprenant quelques clients réguliers.

Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d'approvisionnement, a permis de mettre en évidence l'importance des phénomènes transfrontaliers dans la configuration du trafic en France, les usagers-revendeurs n'hésitant pas, quand ils n'ont pas sous la main de grossistes implantés à proximité, à franchir les frontières nationales pour s'approvisionner en cocaïne, voire en héroïne, dans les pays jouxtant la France (Belgique, Hollande, Espagne). Il est probable que ce type de réseaux, fondé sur un trafic de fourmis, soit quantitativement majoritaire en France par rapport aux réseaux liés au grand banditisme et aux bandes de dealers professionnalisés. Il contribue, à son échelle, à la forte disponibilité de la cocaïne sur le territoire français. L'étude menée en 2004-2005 sur les procédures d'interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne a d'ailleurs mis en évidence la relative aisance avec laquelle ce type d'organisations peut se constituer (Gandilhon 2007).

Ces micro-réseaux sont en effet favorisés par la forte présence en Belgique, aux Pays-Bas ou en Espagne de grossistes et de semi-grossistes bien implantés et familiers des techniques de rabattage des « touristes » de la drogue. En outre, comme pour les réseaux plus professionnalisés, les perspectives de gains rapides et importants encouragent le processus : quelques dizaines de grammes importés chaque mois et écoulés auprès d'une petite clientèle suffisent à assurer plusieurs milliers d'euros de revenus, dans un contexte où beaucoup des usagers-revendeurs sont issus de milieux socialement et professionnellement marqués par la précarité. Quoi qu'il en soit, ce phénomène des micro-réseaux transfrontaliers semble, au vu des interpellations croissantes et des observations du dispositif TREND, en croissance régulière ces dernières années et toucherait aussi les régions du territoire français (ouest et centre du pays) les plus éloignées des pays de stockage.

Crack et free base

Un second type de cocaïne, présent sur le marché français, circule sous les appellations de « crack » et « free base ». Ces deux appellations différentes recouvrent en fait un même produit mais des clientèles bien distinctes.

Le crack, contrairement au chlorhydrate, présente la particularité d'être présent sur des marchés bien spécifiques et très délimités géographiquement. En effet, il est destiné dans l'écrasante majorité des cas à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisée mais relativement réduite – de 15 000 à 20 000 personnes sur toute la France métropolitaine selon certaines estimations (Janssen 2012). Les usagers sont présents essentiellement en région parisienne et dans les départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe et Martinique) (Merle *et al.* 2010), même si des cas sporadiques d'apparition de cette substance sur d'autres sites du dispositif TREND, comme à Toulouse en 2010 et 2011, ont été signalés. En matière de trafics, une partie de l'offre

parisienne de crack est de plus en plus le fait des réseaux de personnes spécialisées dans la revente de résine de cannabis, au détriment des revendeurs traditionnels originaires le plus souvent d'Afrique de l'Ouest et notamment du Sénégal.

Contrairement au crack, le produit vendu sous l'appellation free base ne fait pas l'objet d'une revente structurée par des réseaux organisés.

Ecstasy

Il semble que la demande moindre d'ecstasy sous sa forme comprimé contribue au désintérêt des organisations criminelles françaises pour le trafic de ce produit (Girard *et al.* 2010). En 2011, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est réalisé par des 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.

NPS et développement du trafic sur Internet

Depuis 2009, les sites de vente en ligne de produits psychotropes se sont multipliés. Dans le cadre du dispositif SINTES, une typologie des marchés a été dressée. Quatre types de marchés peuvent être distingués. Les deux premiers – celui à destination d'un « public averti » et celui avec une orientation « commerciale » – peuvent être recherchés sur un même site de vente en ligne ou faire l'objet d'une spécialisation exclusive. Les deux derniers marchés – deep web²⁰³ et petites annonces – ne sont accessibles que dans des espaces dédiés.

Le marché à destination d'un public averti

Le premier segment du marché des NPS est relativement lisible et transparent et semble être le plus ancien. Les sites appartenant à cette catégorie sont souvent sobres et moins nombreux que les sites de vente plus commerciaux. Les noms chimiques des molécules en vente sont affichés. Les produits sont vendus dans des pochons de plastique sans marketing spécifique. L'offre s'adresse à un public qui est en capacité de relier des effets à des noms de molécules et qui en connaît les dosages.

Le marché commercial

A contrario, le deuxième segment du marché est plus commercial. Les sites ou les parties des sites relevant de cette catégorie ont des designs souvent plus attractifs que ceux de la première catégorie. Les conditionnements des produits sont eux-mêmes très colorés et graphiques. Les sites s'adressent parfois explicitement à travers leurs messages publicitaires à un jeune public, notamment à propos des cannabinoïdes de synthèse.

Des molécules ou des mélanges de molécules sont vendus sous des noms commerciaux. Il n'y a aucune mention des contenus en principe actif, ni dans le texte qui présente le produit, ni sur son emballage. En général, les produits vendus sont rarement présentés sous forme de poudre, mais sont plutôt conditionnés – c'est le cas des stimulants notamment – sous forme de pilule. Ce format peut suggérer au consommateur que le dosage est pré-réalisé par le producteur. Elle n'incite pas à rechercher des informations sur la composition chimique du contenant et/ou sur les dosages.

²⁰³ Le « deep web » est composé de pages d'annuaires ou internes à des sites. Il existe toutefois des sites dont la mise en place est assurée par un serveur spécifiquement construit pour ne pas être identifié par les protocoles Internet classiques.

En outre, ces sites entretiennent un doute sur le caractère psychoactif des substances proposées à la vente. Par exemple, les cannabinoïdes de synthèse sont parfois présentés sur des débris végétaux où ils sont déposés, invisibles à l'œil nu. Cette présentation peut laisser croire au consommateur qu'il consomme une plante plutôt qu'un produit synthétique. Dans le premier marché, cet « effort » de présentation n'est pas réalisé car les cannabinoïdes peuvent être vendus directement sous forme de poudre, de comprimé ou de pâte.

Ces sites peuvent offrir également des produits « dérivés », proches de ceux vendus dans les « *smart shops* » que l'on peut trouver aux Pays-Bas ou dans certains pays d'Europe orientale. Ces produits dérivés mis en vente peuvent être des boissons énergisantes, des instruments pour la consommation par inhalation, des kits de test toxicologique, etc.

Ce volet plus commercial du marché semble numériquement supérieur au marché à destination d'un public averti. Ainsi, en novembre 2011, l'OFDT a recensé 32 sites de vente²⁰⁴. Certains relevaient uniquement de l'un ou l'autre des deux premiers marchés tandis que d'autres hébergeaient les deux. Les produits à « conditionnement commercial » sans mention de contenu étaient trois fois plus nombreux à la vente que les molécules avec une identification chimique affichée. Ces dernières étaient au nombre de 63.

D'autres différences séparent les sites, ou les segments de site, destiné à un « public averti » et les sites plus commerciaux. Ainsi, les saisies et les collectes SINTES font apparaître que les « conditionnements commerciaux » des NPS contiennent davantage de molécules différentes que les sachets vendus sur les sites pour « public averti ». Des analyses réalisées par le Service commun des laboratoires (SCL) sur plusieurs conditionnements commerciaux portant la même appellation ont permis de mettre en évidence des mélanges de 5 cannabinoïdes de synthèse²⁰⁵ différents. En revanche, les analyses faites en 2011 par SINTES sur 16 sachets vendus sur des sites pour « public averti » et portant à chaque fois le nom chimique d'une seule molécule montraient leur présence effective et unique. Ces premières observations devront être confirmées par d'autres analyses.

Le marché du « deep web »

Le troisième secteur du marché est celui de la vente sur des sites non référencés par les moteurs de recherche. Deux sites de ce type ont été fermés par la Drug Enforcement Administration (DEA) américaine entre l'été 2011 et mars 2012.

La spécificité de ce secteur réside dans son accès limité par le caractère confidentiel de l'accès : les internautes ne peuvent s'y rendre que si l'adresse leur a été communiquée par un tiers. Ces sites peuvent servir à la vente de produits psychoactifs via l'utilisation de monnaie virtuelle. Il est possible d'y trouver des produits classés comme stupéfiants, des médicaments disponibles uniquement sur ordonnance ou des NPS.

D'autres sites de ce type servent à mettre en relation des acheteurs et vendeurs proches géographiquement. Cette tendance semble être marginale car elle demande que l'utilisateur soit inséré dans un réseau de consommateurs et dispose de connaissances informatiques.

²⁰⁴ Les sites ont été sélectionnés selon la méthodologie du « snapshot », c'est-à-dire le relevé des résultats pertinents sur les 100 premières pages d'un moteur de recherche, suite à une requête avec une combinaison de mots-clés.

²⁰⁵ Les cannabinoïdes de synthèse sont des molécules chimiques proches du Δ^9 -tétrahydrocannabinol.

Le marché composé de petites annonces

Enfin, l'une des dernières facettes du marché est la vente de produits par petites annonces. L'OFDT a réalisé courant 2010 un travail de recherche qui portait sur « l'accréditation »²⁰⁶ des informations sur Internet à propos des drogues en général. Ce travail a permis de réaliser une typologie des sites en ligne relatifs aux NPS (Delprat 2011) et référencés par les moteurs de recherche. La majeure partie des produits phares du moment est ainsi apparue comme disponible sur des sites de petites annonces, insérées dans des catégories génériques. La plupart des annonces renvoie à des adresses basées en Afrique (Nigéria, Cameroun), parfois en Chine. Des sites d'utilisateurs ont réagi en listant les coordonnées et adresses mails de celles qui s'apparentent à des arnaques.

Les quelques informations qualitatives recueillies sur le comportement d'achat des usagers semblent montrer que peu d'entre eux ont réellement recours à ce mode d'approvisionnement. La présence persistante et massive des sites de petites annonces interroge toutefois.

Stratégie de communication de la part des vendeurs

Les vendeurs développent des stratégies de communications relativement sophistiquées. Les réseaux sociaux comme Facebook ou Youtube servent d'emplacements publicitaires aux produits ou aux sites. Les moyens de communication de type Twitter sont également utilisés.

Des blogs dédiés à une activité sociale et bénévole de rédaction d'articles, les « webzines », servent à éditer des écrits qui ont une apparence journalistique mais qui informent en fait de la disponibilité d'un produit.

D'autres sites, émanant parfois d'institutions publiques, sont « cannibalisés ». Ce qui signifie que les espaces ouverts à une utilisation publique pour l'édition de vidéos ou d'écrits personnels permettent de faire passer des clips et annonces d'ouverture de sites de vente en ligne.

Enfin, des forums généralistes non spécialisés sur les produits ou bien les plates-formes IRC²⁰⁷ sont également des lieux possibles d'échanges d'informations. Ce mode de communication demande à un utilisateur d'être accepté par les autres personnes qui utilisent le même moyen de communication, avant d'accéder à des informations et de les partager.

10.3. Saisies

10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites (ST13 2013)

La France, compte tenu de sa position géographique au cœur de l'Europe occidentale, est une zone de transit pour les principales substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse) produites dans le monde. Elle est aussi, comme beaucoup de pays développés où la population dispose d'un pouvoir d'achat élevé, une aire de consommation importante qui en fait un marché stratégique pour les trafiquants.

²⁰⁶ Le terme a ici un sens spécifiquement en lien avec le monde de l'édition électronique. Il désigne le processus par lequel le référencement du site est de plus en plus reconnu et fait preuve d'autorité dans le champ qui le concerne.

²⁰⁷ Internet Relay Chat est un protocole de communication textuelle et instantanée via des « pièces » ou « canaux » dédiés à des thèmes de discussions.

En 2011, le nombre de saisies de stupéfiants effectuées par les services répressifs (police, douanes, gendarmerie)²⁰⁸, tous produits confondus, a atteint 157 395, soit une augmentation de plus de 20 % par rapport à l'année précédente. Ce niveau est le plus élevé de la décennie et témoigne du caractère dynamique du marché des drogues en France. Les données ne sont pas disponibles pour l'année 2012.

Cannabis

Les tendances à la baisse enregistrées pour la résine de cannabis depuis l'année 2004, année qui marqua l'apogée historique des saisies en France avec une centaine de tonnes, se confirment en 2012 avec une chute de 9 % par rapport à l'année 2011 (tableau 10.1). Cette tendance s'expliquerait par l'atomisation des lieux de stockage et du transport de résine, lequel s'organiserait autour de convois plus nombreux et moins chargés en marchandise. Ainsi, en 2011, les convois routiers dits *go fast* interceptés transportaient en moyenne 400 kg contre 600 kg en 2010. En outre, depuis quelques années, est apparue la technique plus discrète dite des *go slow*, axée sur des véhicules automobiles classiques, transportant de moindres quantités et empruntant le réseau routier secondaire. Autre phénomène, mis en évidence par les services répressifs, la fragmentation des filières d'importation qui rend le démantèlement des réseaux plus difficile.

Entre 2011 et 2012, la tendance à l'augmentation des saisies d'herbe observée depuis quelques années s'interrompt. Les saisies chutent en effet de 40 %.

Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg) entre 2007 et 2012 et évolution 2011-2012 (en %)

Drogues saisies	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution 2011-2012
Cannabis : Résine	34 182	71 075	56 073	52 795	55 641	51 118	-8,8
Cannabis : Herbe	3 047	3 422	3 495	4 564	5 450	3 270	-40
Cannabis : Graines	51	30	45	22	nd	13	nd
Héroïne	1 035	1 117	970	1 087	883	701	-20
Cocaïne	6 578	8 214	5 211	4 125	10 834	5 602	-48
Crack	6	12	12	14	13	14	+7,6
Amphétamines	307	10	564	176	601	279	-53,1
Ecstasy (comprimés)	1 359 912	342 923	106 597	663 595	1 510 500	156 337	-90
LSD (buvards)	13 107	90 021	10 209	28 411	nd	4 135	nd
Kétamine	2	65	3	14	nd	4,6	nd

Source : OSIRIS (OCRTIS)

nd : non disponible

Héroïne

Les saisies d'héroïne en 2012 sont en forte baisse et viennent confirmer la tendance observée depuis quelques années. Cependant, elles demeurent élevées au regard de celles réalisées dans les années 2000, puisqu'elles sont deux à trois fois plus importantes que celles de la période 1999-2001. L'atomisation du trafic d'héroïne, dispersé entre des myriades de petites

²⁰⁸ Nous ne disposons pas des données relatives au nombre de saisies réalisées pour chacune des substances illicites en question.

structures diffusant des quantités réduites de produit, pourrait expliquer le contraste entre une baisse régulière des saisies et la disponibilité certaine du produit sur le territoire français.

Cocaïne

Les saisies de cocaïne en 2012 sont en forte baisse par rapport à une année 2011 qui avait été exceptionnelle – le cap symbolique des 10 tonnes avait été dépassé – du fait de grosses saisies maritimes réalisées dans les Antilles (Guadeloupe, Martinique) et par l'augmentation des prises liées au vecteur aérien réalisées dans les aéroports français. Toutefois, ces résultats s'inscrivent dans la norme : alors que dans les années 1990, la moyenne des saisies sur le territoire français se situait dans des valeurs tournant autour de la tonne, depuis le début des années 2000, cette moyenne dépasse régulièrement les 5 tonnes (Gandilhon 2012).

Les saisies de crack connaissent une évolution en dents de scie depuis le début des années 2000. Bien qu'elles soient en augmentation depuis 2007, il est difficile de percevoir une tendance de long terme.

Ecstasy

En 2012, les saisies de comprimés d'ecstasy s'effondrent de 90 % et reviennent à leur niveau de 2009, année exceptionnelle du fait de la pénurie de MDMA due à la destruction massive au Cambodge d'un précurseur indispensable à sa fabrication. Cependant, contrairement à la situation qui prévalait alors, cette très forte baisse ne s'explique pas par une situation de pénurie, mais plutôt par le caractère très aléatoire des saisies en France lié à l'éclatement du trafic.

Autres drogues de synthèse : les nouveaux produits de synthèse (NPS)

Entre 2008 et 2011, le nombre de saisies de NPS a été multiplié par 6, passant de 21 à 133. De début 2012 au mois de juin 2012, 83 saisies de NPS ont été effectuées (Lahaie *et al.* 2013). À la fin de la même année, les douanes ont intercepté des colis pesant jusqu'à 2 kg. Ce poids est très supérieur aux quelques grammes transférés habituellement, témoignant probablement d'achats à des fins de trafic.

10.3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

Les données sur les saisies de précurseurs sont inexistantes parce que la France n'est pas, ou très marginalement, un pays producteur.

10.3.3. Nombre de laboratoires et autres sites de production démantelés et types précis de drogues illicites produits

La dernière affaire de démantèlement d'un laboratoire de production clandestin 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 (ST16 2013)

Cannabis

En 2012, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS (OCRTIS 2013) à environ 8 € pour une fourchette comprise entre 6,6 € et 10 € le gramme. Ce prix est en hausse par rapport aux années précédentes (6,5 € en 2009 et 7 € en 2010). Pour le Baromètre prix du dispositif TREND, le prix médian de l'herbe se situe autour de 10 € (Gandilhon *et al.* 2011). Cette augmentation du prix de l'herbe s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégie des produits de « bonne qualité ».

Le prix de gros, mesuré par les services de police, s'élève à 3 625 € le kg.

Pour l'OCRTIS, le prix médian de la résine de cannabis augmente. En 2012, il s'élève à 6 € le gramme. Le constat est identique pour le dispositif TREND, puisque le prix médian du gramme se situe autour de 7 € (tableau 10.2). Le prix de gros de la résine pour la même année atteint les 2 000 € le kg.

Héroïne

En 2012, selon l'OCRTIS, le prix médian du gramme d'héroïne brune tournerait autour de 35 €, soit une baisse de plus de 10 % par rapport à 2010. Si ce phénomène se confirmait, cela marquerait une inflexion de tendance puisque le prix du gramme était stable depuis 2007. Sur une période plus longue, la tendance est toutefois nettement à la baisse puisque le gramme d'héroïne au début des années 2000 se situait aux alentours de 60 €. Le dispositif TREND pour l'année 2012 enregistre plutôt une stabilité du prix autour d'une valeur tournant autour de 40 €.

Le prix de gros de l'héroïne brune est également en baisse et tourne autour de 9 000 € le kg.

Les produits de substitution détournés

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 2011 à 5,5-5,6 € contre 4 € les années précédentes (Cadet-Taïrou *et al.* 2010b). Cette augmentation du prix serait en relation avec les difficultés d'alimentation du marché engendrées par l'application de mesures plus strictes d'encadrement des prescriptions prises par les autorités sanitaires.

Le prix du flacon de 60 ml de méthadone s'échelonne selon les lieux de 5 € à environ 20 €.

Cocaïne

Le prix du gramme de chlorhydrate de cocaïne est resté stable pendant les cinq dernières années après avoir baissé de moitié par rapport à la fin des années 1990. En 2012, pour l'OCRTIS, le prix médian est en nette augmentation et tourne autour de 65 €. Le constat est identique pour le dispositif TREND, qui note également une tendance à la hausse avec des valeurs oscillant entre 70 et 75 €. Par ailleurs, les prix dans les deux espaces (urbain et festif) se rejoignent alors qu'ils étaient jusqu'alors traditionnellement plus élevés en milieu festif. Cette tendance à la hausse générale du prix de la cocaïne est à confirmer en 2013.

Le prix de gros, stable également, s'élève à 30 000 € le kg.

Tableau 10.2 : Évolution des prix médians depuis 2000 (en euros)

	TREND*				OCRTIS**	
	2000	2010	2011	2012	2011	2012
Héroïne	59	42	40	41	40	35
Cocaïne	84	67	68	76	60	65
Ecstasy (comprimés)	15	7,7	7	10	6	7,5
Résine de cannabis	ND	5	5,4	7	5	6
Herbe de cannabis	ND	8	8	10	7,5	8
Amphétamines	15	16	15,5	nd	nd	nd
LSD (buvard)	8,5	10	10	nd	nd	nd
BHD/Subutex®/8mg	6,3	5	4,8	nd	nd	nd

Source :

* : Baromètre semestriel « prix » de TREND (OFDT) pour l'héroïne, la cocaïne, le comprimé d'ecstasy, la résine et l'herbe de cannabis ; observations ethnographiques TREND pour les amphétamines, le LSD et la BHD.

** : Baromètre prix OCRTIS

nd : non disponible

Ecstasy

Il est nécessaire de distinguer la forme galénique sous laquelle le produit est vendu : comprimé, poudre et cristal.

En 2012, selon l'OCRTIS, le prix du comprimé d'ecstasy s'établit à 7,5 €, ce qui marque plutôt une augmentation par rapport aux années précédentes. Toutefois, ce prix de détail ne traduit pas complètement la réalité du marché puisque les usagers ont tendance, pour faire baisser le prix unitaire du comprimé, à acheter des lots de plusieurs dizaines de comprimés. Ces achats permettent ainsi de faire baisser le prix du comprimé à 2,5 €.

Pour le dispositif TREND, le prix médian du comprimé est également en augmentation puisqu'il tourne autour de 10 € tandis que les deux autres formes présentes sur le marché, la « poudre » (MDMA) et le « cristal », tourneraient autour de 60 € le gramme. Pour ces deux dernières formes, la tendance des prix est à la baisse.

10.4.2. Pureté/teneur des drogues illicites (ST14 2013)

Cannabis

L'augmentation des teneurs moyennes en THC observée depuis les années 2000 se confirme en 2012. Le taux de THC dans les résines augmente fortement en passant de 12 % en 2011 à 16 % en 2012. Cela est dû essentiellement à l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (> 15 %) et à la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %). Le taux maximum de THC relevé dans la résine est de 38 % en 2012 (INPS (Institut national de police scientifique) 2013).

La teneur en THC dans l'herbe de cannabis passe de 10 % en moyenne en 2010 à 11 % en 2011. L'explication de cette tendance tient également dans l'augmentation des herbes fortement dosées (> 15 %). La teneur maximale retrouvée en 2011 est de 34 %.

Héroïne

Les données de l'Institut national de police scientifique (INPS) montrent clairement une diminution de la teneur moyenne du gramme d'héroïne vendu dans la rue, qui passe de 13 % en 2010 à 8 % en 2011, puis à 7 % en 2012, soit les teneurs les plus faibles observées depuis 12 ans. L'étude SINTES-Héroïne menée en 2011 a pour sa part vu la teneur moyenne en héroïne des échantillons achetés aux usagers diminuer de moitié, passant de 12 % en novembre 2010 à 6 % en décembre 2011 (Lahaie à paraître). En outre, la teneur en héroïne diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne des zones frontalières de la Belgique et des Pays-Bas, les deux grands pays de stockage et de redistribution secondaire de l'héroïne destinée à alimenter l'Europe occidentale.

Cocaïne

En 2012, la teneur en cocaïne des échantillons saisis dans la rue (quantité inférieure à 10 g) s'est stabilisée. La plupart a, en effet, une teneur comprise entre 10 % et 20 % contre 10 % à 40 % en 2010.

Ecstasy

La poudre de MDMA, forme de plus en plus présente sur le marché en France, voit, dans la continuité des années précédentes, son taux de pureté augmenter en 2012 (63 % en 2012, 55 % en 2011, 47 % en 2009). Cette augmentation se retrouve aussi pour les comprimés d'ecstasy (35 % en 2012, 23 % en 2011 contre 21 % en 2009). Ainsi, en 2012, les analyses des collectes réalisées dans le cadre du dispositif SINTES ont mis en évidence la présence sur le marché de comprimés parfois très dosés (jusqu'à 90 % à Lille).

10.4.3. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues (ST15 2013)

Héroïne

Depuis les années 2000, on retrouve dans plus de 9 échantillons d'héroïne sur 10 un mélange de caféine (entre 20 % et 40 %) et de paracétamol (entre 40 % et 60 %) (Lahaie *et al.* 2010). Cette association reste donc le produit de coupe principal. Le reste est constitué de produits inertes comme les sucres ou 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 2011 (Lahaie à paraître).

Cocaïne

La cocaïne arrive déjà coupée sur le territoire français avec des produits psychoactifs comme le lévamisole, l'hydroxyzine et le diltiazem (Lahaie 2011). Son taux de pureté moyen atteint 63 %, soit le double de la cocaïne de rue. Elle est ensuite recoupée avec d'autres produits psychoactifs comme la phénacétine, la lidocaïne ainsi que des sucres (mannitol, lactose, inositol et glucose) avant d'être revendue dans la rue.

Le lévamisole est toujours l'adultérant le plus retrouvé (présent dans plus de la moitié des échantillons, en augmentation depuis 2010) quoiqu'en faibles teneurs (environ 10 % du volume total d'un échantillon moyen). La phénacétine est toujours seconde en termes de présence dans les échantillons de cocaïne (autour de 40 %). Elle est présente à de plus fortes teneurs que le lévamisole, représentant environ un tiers du volume total d'un échantillon moyen, soit presque autant que la cocaïne elle-même.

Ecstasy

En 2011, la caféine est le composé le plus associé à la MDMA. La présence de mCPP est devenue exceptionnelle depuis 2009.

Partie B. Bibliographie et annexes

Bibliographie

Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

- ANAES (2005). Conférence de consensus, Lyon, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. ANAES, Saint-Denis.
- ANSM (2013). Compte rendu de la séance n°1 du 21 mars 2013 de la Commission des stupéfiants et des psychotropes [online]. Available: [http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/(offset)/3) [accessed 07/06/2013].
- Antona, D., Letort, M.J. and Lévy-Bruhl, D. (2009). Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (20-21) 196-199.
- Assurance Maladie Medic'AM 2008-2012 [online]. Available: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2012.php> [accessed 07/06/2013].
- Bantuelle, M. and Demeulemeester, R. (2008). Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. INPES, Saint-Denis.
- Barré, M.C., Pottier, M.L. and Delaitre, S. (2001). Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. OFDT, Paris.
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B., Tovar, M.L. and Spilka, S. (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (76) 1-6.
- Bello, P.Y., Cadet-Taïrou, A. and Halfen, S. (2010). L'état de santé des usagers problématiques. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT.
- Ben Diane, M.K., Rotily, M. and Delorme, C. (2001). Vulnérabilité de la population carcérale française face à l'infection VIH et aux hépatites. In: Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F. & Ringa, V. (Eds.) Précarisation, risque et santé. Inserm, Paris.
- Ben Lakhdar, C. (2007a). Public expenditures related to illicit drugs in France in 2005. 2007 National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Ben Lakhdar, C. (2007b). Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. OFDT, Saint-Denis.
- Ben Lakhdar, C. (2009). La culture du cannabis en France : implication, volume et quantités. Alcoologie et Addictologie 31 (2) 121-127.
- Ben Lakhdar, C. (2012). Taille du marché de la cocaïne en France. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Bergeron, H. (1999). L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française. PUF, Paris.

- Böhning, D. and Del Rio Vilas, V.J. (2009a). On the question of proportionality of the count of observed scrapie cases and the size of holding. BMC Veterinary Research 5 (17) 1-11.
- Böhning, D. and van der Heijden, P.G.M. (2009b). A covariate adjustment for zero-truncated approaches to estimating the size of hidden and elusive populations. Annals of Applied Statistics 3 (2) 595-610.
- Botvin, G.J. and Griffin, K.W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. International Journal of Emergency Mental Health 4 (1) 41-47.
- Brisacier, A.C. (2013). Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Brisacier, A.C. and Colin, C. (à paraître). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des remboursements concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011. OFDT ; ANSM, Saint-Denis.
- Brouard, C., Delarocque Astagneau, E., Meffre, C., Pioche, C., Silvain, C., Larsen, C. *et al.* (2009). Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20-21) 199-204.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. and Evrard, I. (2008). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010a). CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. Tendances (74) 1-4.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010b). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. (2012). Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M. and Lahaie, E. (2012a). Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances (78) 1-6.
- Cadet-Taïrou, A. and Janssen, E. (2012b). Les usagers précaires de cocaïne et de crack. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. and Dambélé, S. (2013a). Héroïne et autres opiacés. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. and Gandilhon, M. (2013b). Marchés, produits, usagers : les tendances récentes (2011-2012). Observations au plan national du dispositif TREND en matière de psychotropes illicites ou détournés de leur usage. Tendances (86) 1-8.
- Calderon, C., Lagomanzini, P., Maguet, O., Menneret, F., Drogues et Société, CIRDD Rhône-Alpes *et al.* (2011). Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif. CIRDD Rhône-Alpes, Lyon.
- 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.
- CEIP de Marseille (2012). OPPIDUM, principaux résultats de l'enquête n°23, 3-30 octobre 2011. ANSM, Saint-Denis.
- Chalumeau, M. (2010). Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C. *et al.* (2012). Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites.

- Enquête Prévacar, 2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (10-11) 131-134.
- Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C. and Pare, C. (1998). Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé. INSERM, Paris.
- Chouvy, P.A. (2013). L'opium Afghan : 20 ans de suprématie mondiale. Drogues, enjeux internationaux (5) 1-5.
- CNS (Conseil national du sida) (2009). Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires, 10 septembre 2009.
- CNS (Conseil national du sida) (2011). Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, 20 janvier 2011.
- Coppel, A. (2002). Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte, Paris.
- Costes, J.M. (2007). Cannabis, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- 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, Saint-Denis.
- Costes, J.M. (2010). Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Crofts, N. (1994). Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug and Alcohol Review 13 (3) 235-237.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C. *et al.* (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Dambélé, S. (2012). Social correlates and social reintegration. 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Dambélé, S. (à paraître). Les CAARUD en 2010. Analyse nationale des rapports standardisés d'activité ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- Delprat, T. (2011). L'accréditation des informations liées à l'usage de nouvelles drogues de synthèse. Une étude à partir des dispositifs de médiation en place sur le web. Master professionnel Information et Communication, spécialité « Web éditorial » - Mémoire de fin d'études. Université de Poitiers.
- DESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) and MILDT (2005). Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. CNDP, Paris.
- DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) and MILDT (2010). Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. CNDP, Paris.
- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- DGS (2011). Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. DGS, Paris.
- DGT-MILDT (2012). Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. La documentation française.
- DHOS (2004). Enquête "un jour donné" sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris.
- Díaz Gómez, C., Mutatayi, C., Milhet, M. and Obradovic, I. (2011). Bilan d'évaluation du plan gouvernemental 2008-2011 [Non publié]. OFDT, Saint-Denis.
- Díaz Gómez, C. (2012). Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues (thème spécifique 2) [Recent trends in drug-related public expenditure and drug-related services in France (Selected issue 2)]. In: Pousset, M. (Ed.)

- 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Direction de la modernisation et de l'action territoriale and Ministère de l'intérieur (2012). Le comportement des usagers de la route. Bilan statistique de l'année 2011. Ministère de l'Intérieur, Paris.
- DJEPVA-MILDT (2012). Prévention des conduites addictives et animation. DJEPVA.
- Duplessy, C. (2012). Résultats de l'enquête nationale sur le dispositif d'automates d'échange de seringues. Enquête menée en 2011 sur les résultats de l'année 2010. Safe, Paris.
- Fonteneau, L., Guthmann, J.P. and Lévy-Bruhl, D. (2013). Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (8-9) 72-76.
- Foureur, N., Fournier, S., Jauffret-Roustide, M., Labrouve, V., Pascal, X., Quatremere, G. *et al.* (2013). SLAM - Première enquête qualitative en France. AIDES, Paris.
- Gandilhon, M. (2007). Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances (53) 1-4.
- Gandilhon, M. (2010). L'institution carcérale en France au miroir des drogues illicites. Cahiers de la Sécurité (12) 153-161.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A., Lahaie, E. and Chalumeau, M. (2010a). Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009. Tendances (73) 1-6.
- Gandilhon, M. and Hoareau, E. (2010b). Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A. and Lahaie, E. (2011). Les prix de détail des principales substances psychoactives circulant en France au premier semestre 2011. Note n°2011.18 à l'attention de la MILDT. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M. (2012). Les trafics de cocaïne en France. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Gautier, A., Balinska, M.A., Baudier, F., Bourdessol, H., Buttet, P., Collin, J.F. *et al.* (2005). Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. INPES, Saint-Denis.
- Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes, Saint-Denis.
- Gentilini, M. and Tcheriatchoukine, J. (1996). Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994. Rapport au garde des Sceaux et au secrétaire d'Etat à la Santé. DGS (Direction Générale de la Santé), Paris.
- Girard, G. and Boscher, G. (2010). L'ecstasy, de l'engouement à la "ringardisation". In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Guichard, A. (2012). Adaptation du programme Break the cycle au contexte français. Protocole. INPES, Saint-Denis.
- Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. *et al.* (in press). Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: *Priminject*, a cross sectional analysis. Drug and Alcohol Dependence.
- Hagan, H. and Thiede, H. (2003). Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? Epidemiology 14 (5) 628-629.
- Hanna, J. (2010). KLUTS: Ketamine and Lower Urinary Tract Symptoms. Erowid Extracts (19) 12-14.
- Harding-Pink, D. (1990). Mortality following release from prison. Medicine, Science, and the Law 30 (1) 12-16.
- HAS (2006). Hépatite chronique C. Guide - Affection de longue durée. Haute Autorité de santé, Saint-Denis.

- HCSP (2013). Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Haut Conseil de la santé publique, Paris.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. *et al.* (2012). The 2011 ESPAD report - Substance use among students in 36 European countries. CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs), Stockholm.
- Hyst, J.J. and Cabanel, G.P. (2000). Rapport de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. Tomes I et II. Sénat, Paris.
- INPS (Institut national de police scientifique) (2013). Données issues de fichiers STUPS 2012.
- INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, Paris.
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris.
- InVS (2012). Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida 2003-2011. Réunion des Associations, 20 novembre 2012 [online]. Available: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/DO_VIH_sida_2011.pdf [accessed 10/06/2013].
- InVS (2013). Hépatite B aiguë [online]. Available: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B/Donnees-epidemiologiques> [accessed 10/06/2013].
- Janssen, E. (2012). Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- 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 Épidémiologique Hebdomadaire (33) 244-247.
- Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, 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) 1-12.
- Joubert, M., Weinberger, M., Aquatias, S., Khedim, H., Bouhnik, P. and Touze, S. (1995). Trafics de drogues et modes de vie. Revue Toxibase (4) 1-29.
- 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.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2004). Coût et bénéfices économiques des drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2006a). Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2006b). Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003 (Réactualisation du rapport OFDT, mai 1998). OFDT, Saint-Denis.
- Lahaie, E. and Cadet-Taïrou, A. (2009). The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National Alert Unit in France. EMCDDA, Lisbon.
- Lahaie, E., Cadet-Taïrou, A. and Janssen, E. (2010). Composition de l'héroïne et connaissance des usagers. Résultats de l'enquête SINTES Observation (mars 2007 à juin 2008). OFDT, Saint-Denis.
- Lahaie, E. (2011). Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse. OFDT, Saint-Denis.

- Lahaie, E., Martinez, M. and Cadet-Taïrou, A. (2013). Nouveaux produits de synthèse et Internet. Tendances (84) 1-8.
- Lahaie, E. (à paraître). Héroïne : compositions, prix, connaissance des usagers, à partir des résultats de l'enquête nationale SINTES (novembre 2010-décembre 2011). OFDT, Saint-Denis.
- Langlois, E. (2011). Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ? OFDT, Saint-Denis.
- Lapeyre-Mestre, M. and Boeuf-Cazou, O. (2011). Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM - Unité de Pharmacopépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.
- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.L., Biecheler, M.B. and The Sam Group (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal 331 (7529) 1371-1374.
- Le Vu, S., Le Strat, Y., Barin, F., Pillonel, J., Cazein, F., Bousquet, V. et al. (2010). Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (45-46) 473-476.
- Lermenier, A. (2013). Le marché du tabac. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. and Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2 (1) 1-10.
- Maguet, O., Calderon, C., Dorso, V., Menneret, F. and Lagomanzini, P. (2009). Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseaux. Commission Européenne, Bruxelles.
- Mainaud, T. (2012). Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. Activité, personnel et clientèle au 15 décembre 2008. DREES, Paris.
- Martinez, M. and Lahaie, E. (2013). Nouveaux produits de synthèse. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Marzo, J.N., Rotily, M., Meroueh, F., Varastet, M., Hunault, C., Obradovic, I. et al. (2009). Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-06). Addiction 104 (7) 1233-1240.
- Merle, S. and Vallart, M. (2010). Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. et al. (2011a). Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI²DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 11 (400).
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. et al. (2011b). Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (39) 409-412.
- MILDT (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La Documentation française, Paris.
- Ministère de l'Economie et des Finances (2012). Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Document de politique transversale - Projet de loi de finances pour 2013. République française, Paris.
- Ministère de la justice and Ministère des affaires sociales et de la santé (2012). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris.

- Ministère de la santé et de la protection sociale and Ministère de la justice (2004). Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la santé et de la protection sociale, Paris.
- Ministère de la santé et des solidarités (2006). La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités, Paris.
- Ministère de la santé et des sports (2010). Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Ministère de la santé et des sports and Ministère de la justice et des libertés (2010). Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.
- Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
- Mouquet, M.C., Dumont, M. and Bonnevie, M.C. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de factures de risque. Etudes et résultats (4) 1-10.
- Mouquet, M.C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats (386) 1-12.
- Mutatayi, C. (2012). RELIONPREDIL 2011. Actions de prévention des usages de drogues illicites et licites en Rhône-Alpes. OFDT, Saint-Denis.
- Mutatayi, C. and Obradovic, I. (à paraître). Évaluation des mesures expérimentales du plan gouvernemental 2008-2011. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2004). Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Rapport, 2003. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. and Canarelli, T. (2008a). Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. and Canarelli, T. (2008b). Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Tendances (60) 1-4.
- Obradovic, I. (2009). Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (30) 332-336.
- Obradovic, I. (2010). La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Tendances (72) 1-6.
- Obradovic, I., Bastianic, T., Michel, L. and Jauffret-Roustide, M. (2011). Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Drug-related health policies and services in prison (Selected issue 1)]. In: OFDT (Ed.) 2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2012a). Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2012b). La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses. Déviance et Société 36 (4) 441-469.
- Obradovic, I. (2012c). Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Évaluation de la mise en oeuvre du dispositif quatre ans après sa création. Tendances (81) 1-6.
- Obradovic, I. (2013). Contrôles et délits routiers. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- OCRTIS (2009). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008 - Stups - Osiris. Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, Paris.
- OCRTIS (2013). Les prix des stupéfiants en France. La photographie au 4ème trimestre 2012. OCRTIS, Nanterre.

- OEDT (2012). Rapport annuel 2012 : état du phénomène de la drogue en Europe [EMCDDA 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe]. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OFDT (2012). Rapport national 2012 (données 2011) à l'OEDT par le point focal français du Reitox. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques [2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues]. OFDT, Saint-Denis.
- OFDT (2013). Drogues, chiffres clés (5e édition). OFDT, Saint-Denis.
- OIP (Observatoire International des Prisons) (2005). Les conditions de détention en France. Rapport 2005. La Découverte, Paris.
- Olvera, J.C. and Gandilhon, M. (2012). Les cartels mexicains : de l'Amérique latine à l'Europe. Drogues, enjeux internationaux (3) 1-5.
- ONISR (2012). La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011. La Documentation française, Paris.
- Palle, C. and Vaissade, L. (2007). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances (54) 1-6.
- Palle, C. (2013). Le poids économique de l'alcool. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Palle, C. and Rattanatrak, M. (2013). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. OFDT, Saint-Denis.
- Pfau, G. (à paraître). Etat des lieux de la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2011.
- Prudhomme, J., Ben Diane, M.K. and Rotily, M. (2001). Evaluation des unités pour sortants (UPS). ORS PACA, Marseille.
- Rahis, A.C., Cadet-Taïrou, A. and Delile, J.M. (2010). Les nouveaux visages de la marginalité. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites 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, Saint-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, Saint-Denis.
- Rotily, M., Vernay-Vaisse, C. and Bourlière, M. (1997). Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B [Letter]. British Medical Journal 315 (7099) 61.
- Rotily, M., Delorme, C. and Ben Diane, M.K. (1998). Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final. ORS PACA, Marseille.
- Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice ; ORS PACA, Paris.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. and Falissard, B. (2007). Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004. Inserm, Paris.
- Saïd, S., Cadet-Taïrou, A. and Martinez, M. (à paraître). Résultats ENa-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.
- Sanchez, G. (2006). Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du Sida (185) 9-12.

- Seaman, S.R., Brette, R.P. and Gore, S.M. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. British Medical Journal 316 (7129) 426-428.
- Senon, J.L., Méry, B. and Lafay, N. (2004). Prison. In: Richard, D., Senon, J.L. & Valleur, M. (Eds.) Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse, Paris.
- Spilka, S., Le Nézet, O. and Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances (79) 1-4.
- Spilka, S., Le Nézet, O., Godeau, E. and Beck, F. (2013). La consommation d'alcool parmi les collégiens en 2010 et les lycéens en 2011, en France. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (16-17-18) 168-171.
- Stankoff, S., Dherot, J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) and DGS (Direction générale de la santé) (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Ministère de la Justice, Paris.
- Sudérie, G. (2013). Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse. Rapport TREND Toulouse. Graphiti-CIRDD Midi-Pyrénées, Toulouse.
- Toufik, A., Escots, S. and Cadet-Taïrou, A. (2010). La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- UNODC (2012). World drug report 2011. United Nations, New York.
- 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.
- Van Elslande, P., Jaffard, M., Fournier, J.Y., Fouquet, K., Nussbaum, F., Perez, E. et al. (2011). Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis. OFDT, Saint-Denis.
- Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J. and Bird, S. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. Journal of Forensic Sciences 48 (3) 614-616.
- Vernay-Vaisse, C. and Rotily, M. (1997). Epidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 45 (Suppl.1) S42-S43.
- Weinberger, D. (2011). Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? Drogues, enjeux internationaux (1) 1-6.
- WHO, Wodak, A. and Cooney, A. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/aids among injecting drug users. World Health Organisation, Geneva.

Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet

BDSP (Banque de données en santé publique). Base de données bibliographiques :
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/SearchForm>

CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de l'INSERM :
<http://www.cephdc.inserm.fr/site4/>

IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons). Base de données bibliographiques :
<http://doc.ireb.com/>

OFDT. ODICER - Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc.html>

OFDT. Répertoire des sources statistiques :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>

OFDT. Séries statistiques :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>

Liste alphabétique des adresses Internet utiles

AFR (Association française pour la réduction des risques) :

<http://a-f-r.org>

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) :

<http://www.anpaa.asso.fr>

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) :

<http://ansm.sante.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>

Fédération addiction

<http://www.federationaddiction.fr/>

FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé) :

<http://www.fnors.org/index.html>

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 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) :

<http://www.ofdt.fr>

SFA (Société française d'alcoologie) :

<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Annexes

I - Liste des figures

Figure 1.1 : Évolution du fonds de concours « stupéfiants » entre 1998 et 2012	31
Figure 2.1 : Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, en %, suivant le sexe et l'âge en 2010	36
Figure 3.1 : Types de boissons alcoolisées bues dans l'année ou dans le mois par les adolescents en France, selon la classe (%).....	47
Figure 3.2 : Ventes de cigarettes et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue entre 2000 et 2012	49
Figure 5.1 : Traitements de substitution aux opiacés : estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (Subutex® et génériques 8 mg, méthadone® 60 mg) entre 1995 et 2011 (à partir des remboursements en ville et à l'hôpital)	76
Figure 5.2 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2012	87
Figure 5.3 : Évolution de la répartition des patients pris en charge dans les CSAPA suivant les produits posant le plus de problèmes (en %), 2005-2012	89
Figure 6.1 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France, entre 1993 et 2012.....	99
Figure 6.2 : Décès par surdose en France selon le registre de mortalité entre 2000 et 2010...	102
Figure 7.1 : Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC	119
Figure 9.1 : Évolution du nombre de personnes mises en cause par les services de police et de gendarmerie pour ILS, par type d'infraction entre 2008 et 2012	140
Figure 9.2 : Évolution du nombre d'interpellations pour usage simple et pour trafic et usage-revente entre 1968 et 2010	141
Figure 9.3 : Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour usage de stupéfiants en infraction principale entre 1984 et 2010.....	143

II - Liste des tableaux

Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011	35
Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (usage actuel) des produits psychotropes illicites parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %).....	39
Tableau 2.3 : Évolutions des niveaux d'usage des drogues psychoactives en fonction du sexe entre 2008 et 2011 à 17 ans (% et sex ratio)	40
Tableau 3.1 : Taxation des alcools entre 2011 et 2013.....	48
Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues et prévalence (‰) parmi les 15-64 ans par site, en 2011.....	59
Tableau 4.2 : Estimations de la prévalence d'usagers problématique d'héroïne et de cocaïne et prévalence (‰) parmi les 15-64 ans par site, 1999-2011	59
Tableau 4.3 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine en 2011.....	60
Tableau 4.4 : Répartition des usagers des CAARUD par classe d'âge en % de 2006 à 2012 ...	62
Tableau 4.5 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois (en %) parmi les usagers des CAARUD en 2012	64
Tableau 4.6 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2012	65
Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2012.....	82
Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2012	82
Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2012	83
Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type d'habitat (en %), en 2012	83
Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2012 ...	83
Tableau 5.6 : Répartition (en %) en fonction du produit posant le plus de problèmes, en 2012 .	85
Tableau 5.7 : Répartition de l'ensemble des nouveaux patients par tranche d'âges (en %), évolution entre 2005 et 2012	88
Tableau 5.8 : Pourcentage des patients ayant utilisé l'injection au cours des 30 derniers jours, suivant le produit posant le plus de problèmes, évolution entre 2005 et 2011	90
Tableau 6.1 : Nombre de nouvelles infections par le VIH et taux d'incidence parmi les usagers de drogues injectables en France en 2008	94

Tableau 6.2 : Nombre de nouveaux cas de sida au total et chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) et part des UDVI dans l'ensemble par année de diagnostic, entre 2001 et 2011	94
Tableau 6.3 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues par injection ayant participé à l'étude Coquelicot selon les villes, en 2004.....	95
Tableau 6.4 : Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et la classe d'âge, en 2006	96
Tableau 6.5 : Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des CAARUD ayant participé à l'enquête BioPRELUD, selon le statut vis-à-vis de l'injection et la classe d'âge, en 2006	96
Tableau 6.6 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006.....	100
Tableau 6.7 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2012.....	100
Tableau 6.8 : Substances principalement en cause dans les décès par surdose entre 2006 et 2011	103
Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009	113
Tableau 7.2 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribués par les CAARUD et les automates selon les dernières données disponibles.....	115
Tableau 7.3 : Activités de prévention en milieu festif	117
Tableau 7.4 : Pratique des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, en 2012	120
Tableau 8.1 : Caractéristiques de précarité sociale des personnes prises en charge par les CSAPA en 2010 et 2011	123
Tableau 8.2 : Situation de précarité des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012.....	125
Tableau 8.3 : Protection sociale des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012	125
Tableau 8.4 : Origine des ressources des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012.....	126
Tableau 9.1 : Interpellations pour usage de stupéfiants et évolution par produit entre 1990 et 2010	142
Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg) entre 2007 et 2012 et évolution 2011-2012 (en %)	175
Tableau 10.2 : Évolution des prix médians depuis 2000 (en euros)	178

III - Liste des références légales en français

Arrêt n°352484 du Conseil d'Etat du 3 juin 2013 - Annulation de l'arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères.	24, 38
Arrêté du 02 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. JORF n°229 du 3 octobre 2006. (NOR SANX0602395A)	49
Arrêté du 02 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent. JORF n°208 du 8 septembre 2011. (NOR ETSP1124197A)	23
Arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. JORF n°90 du 16 avril 2011. (NOR ETSH1109848A)	22
Arrêté du 08 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°166 du 21 juillet 2010. (NOR SASP1007832A).....	12
Arrêté du 08 juin 2012 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de tianeptine administrés par voie orale. JORF n°142 du 20 juin 2012. (NOR AFSP1225501A).....	23
Arrêté du 09 mars 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de flunitrazépam administrés par voie orale, aux médicaments à base de buprénorphine administrés par voie orale, aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale et à certains médicaments à base de clorazépate dipotassique administrés par voie orale. JORF n°68 du 20 mars 2012. (NOR ETSP1207340A).....	23
Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur. JORF n°69 du 22 mars 2013. (NOR AFSH1305477A)	21
Arrêté du 14 février 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. JORF n°44 du 21 février 2012 (NOR ETSP1204444A)	22
Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac. JORF n°92 du 20 avril 2010. (NOR SASP0931273A).....	50

Arrêté du 15 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 402 bis, 403 et 438 du code général des impôts ainsi que le tarif des contributions prévues aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts. JORF n°299 du 23 décembre 2012. (NOR BUDD1242585A)	48
Arrêté du 16 avril 2012 portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de midazolam administrés par voie orale. JORF n°101 du 28 avril 2012. (NOR ETSP1220641A).....	23
Arrêté du 1 ^{er} avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du Code de la sécurité sociale. JORF n°83 du 8 avril 2008. (NOR SJSP0808150A)	16
Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°226 du 28 septembre 1995. (NOR SANG9502738A)	31
Arrêté du 24 août 2011 relatif aux conditions de mise à disposition de dispositifs certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique dans les débits de boissons en application de l'article L. 3341-4 du code de la santé publique. JORF n°228 du 1 octobre 2011. (NOR DEVS1121148A).....	54
Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. JORF n°178 du 2 août 2012. (NOR AFSP1230815A)	22
Arrêté du 28 juin 2012 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de tianeptine administrés par voie orale. JORF n°173 du 27 juillet 2012. (NOR AFSP1227710A).....	23
Arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères. JORF n°156 du 7 juillet 2011. (NOR ETSP1117877A)	24
Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique. JORF n°77 du 1er avril 1999. (NOR MESP9921062A)	21
Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 21 mars 1995 pour le Chlorydrate de méthadone, 5, 10 et 20mg, sirop en récipient unidose. JORF du 28 juin 1995. (NOR SANM9501657V).....	16
Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg, comprimé sublingual. JORF du 27 octobre 1995. (NOR SANM9502981V)	16
Avis n°114 du 5 mai 2011. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection. Paris, Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), 2011, 29 p.....	56

Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. BO Justice n°2008/3 du 30 juin 2008 (NOR JUSD0811637C)	13
Circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants. BO Justice n°2012-02 du 29 février 2012. (NOR JUSD1204745C)	21
Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°2007/6 du 15 Juillet 2007. (NOR SANP00730376C).....	73
Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996. BO Affaires Sociales n°96/16 du 25 mai 1996. (NOR TASP9630145C).....	151
Circulaire DGS/DH/DAP n°1996-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. BO Justice n°96/52, Tome II du 25 janvier 1997. (NOR TASP9630649C).....	139, 151
Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)	16, 79, 151
Circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille. BO Santé n°2004/42 du 30 octobre 2004. (NOR SANP0430495C)	72
Circulaire DGS/MC2 n°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. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°3 du 15 avril 2008. (NOR SJSP0830130C).....	71
Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°12 du 15 janvier 2010. (NOR SASP0927192C)	12, 108
Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. BO Santé n°88-28 bis, Fascicule spécial : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, 1988. (NOR ASEP8810054C)	12
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. BO Santé n°2006/2 du 15 mars 2006. (NOR SANP0630016C)	17

Circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2003-12 du 17 au 23 Mars 2003. (NOR SANP0330122C)	92
Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés	16
Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail. (NOR ETST1239145C)	20
Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. BO Santé n°2000/38 du 18 septembre 2000, p.167-191. (NOR MESH0030387C)	73
Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2008/10 du 15 novembre 2008. (NOR SJSH0830983C)	73
Circulaire DRT n°1983-5 du 15 mars 1983 relative à l'application des articles 1 à 5 de la loi du 4 août 1982 concernant les libertés des travailleurs dans l'entreprise. BO Emploi n°16 du 21 mai 1983	51
Circulaire du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière. BO Intérieur n°2011-03 du 31 mars 2011. (NOR IOCD1108865C)	14
Circulaire interministérielle DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ n°2012-373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°11 du 15 décembre 2012. (NOR AFSH1238354C)	20
Circulaire n°2010-25 du 15 février 2010 relative au plan de sécurisation des établissements scolaires : actions prioritaires. BO Education nationale n°10 du 11 mars 2010. (NOR MENE1003863C)	54
Circulaire n°2013-75 du 14 février 2013 relative à l'organisation du réseau territorial de la MILDT	30
Décision DG n°2013-18 du 1er février 2013 portant création d'une commission des stupéfiants et psychotropes à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JORF n°34 du 9 février 2013. (NOR AFSM1300036S)	22
Décision du 12 avril 2012 portant interdiction d'importation, de préparation, de prescription et de délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant du clenbutérol, du clonazépam, de l'exénatide, du liraglutide, du méprobamate, de l'orlistat ou de la synéphrine. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224680S)	24
Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : almitrine, bupropion, chlórdiazépoxide, duloxétine, naltrexone,	

pirfénidone, roflumilast ou venlafaxine. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224667S)	23
.....	
Décision du 12 avril 2012 portant restriction à l'importation, la préparation, la prescription et la délivrance de préparations magistrales, officinales et hospitalières définies à l'article L.5121-1 du Code de la santé publique, y compris de préparations homéopathiques, contenant l'une des substances suivantes : clorazépate dipotassique, diazépam, fluoxétine, furosémide, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, paroxétine, spironolactone ou topiramate. JORF n°134 du 10 juin 2012. (NOR AFSX1224673S)	23
Décret n°1987-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 16 mai 1987. (NOR ASEM8700689D)	17
Décret n°1988-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 27 août 1988. (NOR SPSM8801069D)	17
Décret n°1989-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF du 12 août 1989. (NOR SPSM8901501D)	17
Décret n°1992-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. JORF n°125 du 30 mai 1992. (NOR SANP9201055D)	46
Décret n°1995-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF n°58 du 9 mars 1995. (NOR SPSP9500414D)	17
Décret n°1995-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°71 du 24 mars 1995. (NOR BUDB9560005D)	31
Décret n°1995-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R.233-5, R.256 et R.266 du Code de la route. JORF n°201 du 30 août 1995. (NOR EQUS9500428D)	52
Décret n°1996-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°287 du 10 décembre 1996. (NOR INDD9600699D)	15
Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route (décrets en Conseil d'État) et modifiant le Code de la route. JORF n°198 du 28 août 2001. (NOR EQUS0100214D)	13, 145
Décret n°2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical. JORF n°106 du 7 mai 2002. (NOR INTD0200114D)	116

Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique. JORF n°297 du 22 décembre 2005. (NOR SANP0524015D)	17
Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005. (NOR SANP0521129D).....	17
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. JORF n°265 du 16 novembre 2006. (NOR SANX0609703D)	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. JORF n°160 du 12 juillet 2006. (NOR MENE0601554D).....	43
Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la 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. JORF n°225 du 28 septembre 2007. (NOR JUSD0755654D).....	13
Décret n°2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais. JORF n°92 du 18 avril 2008. (NOR SJSP0769782D)	148
Décret n°2008-754 du 30 juillet 2008 portant diverses dispositions de sécurité routière. JORF n°178 du 1 août 2008. (NOR DEVS0810101D).....	145
Décret n°2012-1562 du 31 décembre 2012 relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet. JORF n°1 du 1er janvier 2013. (NOR AFSP1240709D)	24
Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. JORF n°130 du 7 juin 2013. (NOR AFSP1308402D).....	21
Directive 92/84/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées. JOUE n°L/316 du 31 octobre 1992.....	46
Directive n°92/83/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques. JOUE n°L/316 du 31 octobre 1992	46
Instruction du 17 décembre 2012 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière pendant la période des fêtes de fin d'année. BO Intérieur n°2013-01 du 15 février 2013. (NOR INTK1229208J).....	20
Instruction du 27 juin 2013 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière pendant la période estivale. (NOR INTK1300208J).....	20
Instruction du 30 octobre 2012 relative au renforcement de la lutte contre l'insécurité routière à l'occasion des vacances de la Toussaint. BO Intérieur n°2012-10 du 30 décembre 2012. (NOR INTK1229204J).....	20

Loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme. JORF du 8 octobre 1941.....	50
Loi n°1965-373 du 18 mai 1965 modifiant l'article L.1er du Code de la route. JORF du 20 mai 1965	52
Loi n°1970-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971	11, 69, 140
Loi n°1976-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. JORF du 10 juillet 1976	45
Loi n°1986-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social. JORF du 18 janvier 1986	14
Loi n°1987-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal. JORF n°3 du 5 janvier 1988. (NOR JUSX8700015L)	14
Loi n°1988-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989. JORF du 28 décembre 1988. (NOR ECOX8800121L).....	14
Loi n°1990-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants. JORF n°162 du 14 juillet 1990. (NOR ECOX9000077L).....	14
Loi n°1991-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF n°10 du 12 janvier 1991. (NOR SPSX9000097L).....	46
Loi n°1992-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur. JORF n°298 du 23 décembre 1992. (NOR JUSX9200040L)	14
Loi n°1994-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15 du 19 janvier 1994. (NOR SPSX9300136L).....	20, 138, 152
Loi n°1996-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime. JORF n°112 du 14 mai 1996. (NOR JUSX9400059L).....	14
Loi n°1996-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°142 du 20 juin 1996. (NOR INDX9500023L)	15
Loi n°1999-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs. JORF n°140 du 19 juin 1999. (NOR EQUX9800010L)	13, 145
Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. JORF du 10 septembre 2002. (NOR JUSX0200117L)	134

Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. JORF n°178 du 3 août 2003. (NOR SANX0306354L).....	50
Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L).....	13, 145, 146
Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n°59 du 10 mars 2004. (NOR JUSX0300028L).....	15
Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)	16, 44, 151
Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004. (NOR INTX0300078L).....	16
Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. JORF n°296 du 21 décembre 2007. (NOR BCFX0766311L).....	12
Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L)	13, 133
Loi n°2008-1249 du 1 ^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. JORF n°281 du 3 décembre 2008. (NOR PRMX0818589L)	122
Loi n°2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008. JORF n°304 du 31 décembre 2008. (NOR BCFX0826279L).....	30
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L).....	12, 46
Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale. JORF n°158 du 10 juillet 2010. (NOR JUSX0912931L)	15
Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. JORF n°296 du 22 décembre 2011. (NOR BCRX1125833L)	46
Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 15 mars 2011. (NOR IOCX0903274L)	13, 145
Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L).....	14, 20, 43
Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°157 du 9 juillet 2013. (NOR MENX1241105L).....	55
Loi organique n°2001-692 du 1 ^{er} août 2001 relative aux lois de finances. JORF n°177 du 2 août 2001. (NOR ECOX0104681L).....	18
Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.....	151

Ordonnance n°1960-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme. JORF du 30 novembre 1960	46
Ordonnance n°2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments. JORF n°297 du 21 décembre 2012. (NOR AFSX1240311R).....	19
Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 relative à la partie législative du Code de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 13 mars 2012. (NOR IOCD1129997R).....	19

IV - Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
AMELI	Assurance maladie en ligne
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASA-CAARUD	Analyse nationale des rapports d'activités des CAARUD (OFDT)
ASUD	Association d'autosupport des usagers de drogues
ATR	Appartement thérapeutique relais
BAFA	Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur
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

CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDD	Contrat à durée déterminée
CECLAD-M	Centre de coordination de lutte anti-drogue en Méditerranée
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIM	Classification internationale des maladies
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNS	Conseil national du sida
CPT	Comité de prévention de la torture
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP	Code de la santé publique
CSSRA	Centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
CT	Communauté thérapeutique
CTC	Centre thérapeutique communautaire
CTR	Centre thérapeutique résidentiel
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DEA	Drug Enforcement Administration
DESCO/DGESCO	Direction de l'enseignement scolaire (ministère de l'Éducation nationale)
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects (ministère de l'Économie et des Finances)
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale (ministère des Affaires sociales et de la Santé)
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère des Affaires sociales et de la Santé)
DGS	Direction générale de la santé (ministère des Affaires sociales et de la Santé)
DGT	Direction générale du travail (ministère du Travail et de l'emploi)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DJEPVA	Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (ministère des Sports et de la Jeunesse)
DOM	Département d'outre-mer
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (ministère de la Justice)
DPT	Document de politique transversale

DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (ANSM)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé)
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD (OFDT)
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)
EWS	Early Warning System
FFA	Fédération française d'addictologie
FND	Fichier national des détenus (ministère de la Justice)
FNES	Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRAD	Formateurs relais antidrogues (gradés de la Gendarmerie nationale)
GBL	Gamma-butyrolactone
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
GIDE	Gestion informatisée des détenus en établissement
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children

HCSP	Haut conseil de la santé publique
HLM	Habitation à loyer modéré
HPST	(Loi) Hôpital, patients, santé, territoires
IAE	Insertion par l'activité économique
IC	Intervalle de confiance
IFSTTAR	Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRC	Internet Relay Chat
IST	Infection sexuellement transmissible
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
JDC	Journée défense et citoyenneté
JO/JORF	Journal officiel de la République française
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOPPSI	Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique

M€	Million(s) d'euros
mCPP	Métachlorophénylpipérazine
MDMA	3,4-méthylène-dioxymétamphétamine
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
MXE	Méthoxétamine
NEMO	Nouvelle étude multicentrique sur les estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues (OFDT)
NF	Norme française
NPS	Nouveaux produits de synthèse
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OCRIEST	Office central pour la répression de l'immigration irrégulière et de l'emploi des étrangers sans titre
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OIP	Observatoire international des prisons
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
ONUDD/UNODC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime / United Nations Office on Drugs and Crime

OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
PAP	Projet annuel de performance
PCP	Phéncyclidine
PDU	Usage problématique de drogues
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur antidrogue
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
POPHEC	Premier observatoire en prison de l'hépatite C
PREVACAR	Prévalences en milieu carcéral
PRELUD	(Enquête) Première ligne usagers de drogues (OFDT)
PRI2DE	Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention
RDR	Réduction des risques
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RELIONPREDIL	Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux drogues illicites et licites
RESEDA	Réseau d'éducation à la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SAM	Enquête « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (DGS/OFDT/IFSTTAR)

SCL	Service commun des laboratoires
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SDF	Sans domicile fixe
SFA	Société française d'alcoologie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (InVs)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
S[I]UMPPS	Service [inter] universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SQ	Questionnaire standard
ST	Table standard
TDI	Indicateur de demande de traitement
THC	Δ^9 -Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UDVI	Usager de drogues par voie injectable (ou intraveineuse)
UE	Union européenne
UPS	Unité de préparation à la sortie

VAE	Validation des acquis de l'expérience
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

V - Liste des sources

ASA-CAARUD : Analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En complément de l'enquête ENa-CAARUD, l'OFDT a mis en place un autre outil de recueil épidémiologique auprès des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues (CAARUD) : le rapport d'activité standardisé annuel. Ce dispositif, nommé ASA-CAARUD, donne des éléments sur la nature des activités développées dans ces structures.

Chaque CAARUD transmet ainsi des informations quantitatives et qualitatives, relatives à son activité mais également aux usagers accueillis et leurs pratiques, ainsi que les produits consommés. La dernière analyse globale concerne l'année 2010, elle porte sur 118 rapports (sur 133 CAARUD au total, soit environ 89 %). Malgré les différences qui existent entre ces structures, elle décrit le dispositif d'un point de vue national et régional, les caractéristiques des personnes reçues et les principales interventions réalisées par les CAARUD.

Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Il s'agit d'une enquête téléphonique reposant sur un échantillon représentatif de la population française vivant en France métropolitaine : près de 27 700 individus âgés de 15 à 85 ans ont participé à l'édition 2010. Réalisée entre octobre 2009 et juillet 2010, elle fait suite aux cinq enquêtes « Baromètre santé adultes » (1992, 1993, 1995, 2000 et 2005). Le questionnaire porte sur les différents comportements et attitudes de santé des Français (consommation de soins, dépression, vaccination, pratiques de dépistage, activité sportive, violence, sexualité, etc.) et aborde leurs consommations de drogues licites et illicites.

Baromètre santé médecins

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Depuis 1992, l'INPES a réalisé 6 enquêtes auprès de médecins généralistes (1992, 1993/1994, 1994/1995, 1998/1999, 2002/2003 et 2008/2009) et 2 enquêtes auprès de pharmaciens en officine (1998/1999, 2002/2003), suivant la méthodologie développée dans ses enquêtes « Baromètre Santé ».

La dernière enquête, réalisée entre le 6 novembre 2008 et le 31 janvier 2009, interroge 2 083 médecins généralistes exerçant en libéral, soit un médecin sur trente. Les questions portent sur leurs comportements, attitudes et opinions relatifs à leur pratique médicale, et notamment la prise en charge des problèmes d'addiction.

CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) du ministère de la Justice

Depuis 1984, les informations relatives aux condamnations sont issues 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 et la durée de la peine, ou le cas échéant, le montant de l'amende, 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, c'est la notion d'infraction principale qui est la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple celle d'infraction associée ou celle d'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.

Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues

Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude a pour objectif de mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues via un volet épidémiologique (assorti de tests sanguins) alors qu'un autre volet, socio-anthropologique, vise à comprendre les déterminants des pratiques à risque (par des entretiens avec des usagers). Elle concerne la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

L'enquête s'est déroulée en 2004 dans 5 villes françaises (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux) auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection ou le « sniff » au moins une fois dans leur vie. Ces personnes ont été recrutées dans diverses structures (CSAPA, CAARUD, structures d'hébergement, médecins généralistes). Sur 2 389 usagers de drogues sollicités, 1 462 ont accepté de participer, soit un taux de 61 %. Parmi eux, 79 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt. Une nouvelle enquête Coquelicot a été conduite en 2011.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Mis en place en 2002, ce recueil en continu et à visée exhaustive sur le territoire métropolitain permet d'obtenir les données les plus complètes possibles sur les décès survenant dans le cadre d'un abus de substances psychoactives ou d'une pharmacodépendance. L'enquête vise aussi à décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès et les résultats de l'autopsie ainsi qu'à identifier et quantifier, à partir de dosages sanguins, les substances impliquées.

En 2010, 36 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Sont inclus dans DRAMES les décès liés aux drogues (définition proche

de celle retenue par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

ENa-CAARUD : Enquête nationale dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Menée tous les 2 ans depuis 2006 dans l'ensemble des CAARUD de métropole et des départements d'outre-mer, cette enquête permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures, leurs caractéristiques et leurs consommations. Chaque usager qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête est interrogé par questionnaire en face-à-face avec un intervenant. Les questions portent sur les consommations (fréquence, âge de début d'usage, mode d'administration), les comportements de consommation (injection, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, entourage, etc.).

L'enquête 2012 a eu lieu du 26 novembre au 7 décembre : 4 241 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis dans 142 CAARUD. Après élimination des doublons (299) et des questionnaires « non-répondants » (1 037), 2 905 individus (dans 139 CAARUD) ont été inclus dans l'analyse.

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)

Cette enquête 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, le dernier exercice date de 2003. Elle recueillait, 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, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substances psychoactives déclarée concernait 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.

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations des jeunes lors de la Journée défense et citoyenneté

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Mission liaison partenariat de la Direction du service national (DSN) du ministère de la Défense

D'abord conduite tous les ans entre 2000 et 2003, l'enquête ESCAPAD est organisée selon un rythme triennal depuis 2005. Elle se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), qui a remplacé en France le service national. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites et illicites, leur santé et leur mode de vie.

En 2011, 200 centres du service national métropolitains et d'outre-mer ont été mobilisés durant une semaine et demie en avril. Au total, 32 249 individus ont été interrogés et 29 143 questionnaires ont été analysés. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et pour la plupart encore scolarisés ou en apprentissage. Un jour donné, le

taux de participation à la JDC est de l'ordre de 90 % mais le taux de couverture est bien au-delà de ce ratio (convocations possibles à plusieurs dates car la participation est quasi-obligatoire pour permettre l'inscription à plusieurs examens).

ESPAD : European School survey Project on Alcohol and other Drugs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche (MJENR) / Secrétariat général de l'enseignement catholique / Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U669) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Cette enquête a été initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues, avec le soutien du Conseil de l'Europe. Elle a lieu tous les 4 ans, en milieu scolaire, et cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. Le recueil de données a lieu durant le deuxième trimestre de l'année d'enquête.

L'exercice 2011 s'est déroulé dans 36 pays, dont la France pour la quatrième fois consécutive, sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Au total en France, 2 572 élèves nés en 1995, c'est-à-dire âgés 15-16 ans au moment de l'enquête de 2011, ont répondu à un questionnaire auto-administré passé en classe, en présence d'un professionnel de santé.

Fichier des infractions au Code de la route

Direction de la modernisation et de l'action territoriale (Sous-direction de la circulation et de la sécurité routière) du ministère de l'Intérieur

Ce fichier recense l'ensemble des infractions au Code de la route verbalisées par les forces de l'ordre (Police nationale, Préfecture de police de Paris et Gendarmerie nationale) et détaillées suivant les infractions relatives aux limitations de vitesse, les contrôles spécifiques (casques, ceintures, feux rouges, stops...) et les résultats de l'alcoolémie et de l'usage de stupéfiants au volant. Chaque année, un bilan de ces informations est effectué et mis à disposition du grand public sur le site internet du ministère de l'Intérieur : <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-routiere/Bilan-du-comportement-des-usagers-de-la-route>.

HBSC : Enquête Health Behaviour in School-aged Children

Université d'Edimbourg (CAHRU) pour le réseau HBSC / Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse pour l'enquête en France / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Il s'agit d'une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, plus de 41 pays (dont la France depuis 2002) ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. L'enquête HBSC est auto-administrée, strictement anonyme et menée en classe sous la surveillance d'un enquêteur spécialement formé.

En 2010, 11 754 élèves scolarisés en France métropolitaine, du CM2 à la première année de lycée, dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Éducation nationale, ont été interrogés. Au final, 11 638 questionnaires ont été analysés.

NEMO : Estimation nationale du nombre d'usagers problématiques de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

La méthode « capture-recapture », particulièrement indiquée pour les populations difficiles d'accès, permet de disposer d'estimations locales du nombre d'usagers problématiques de drogues dans plusieurs villes de France. Elle consiste à faire, à partir des recoupements entre groupes d'usagers enquêtés dans différents points d'observation (CSAPA, CAARUD, hôpitaux, etc.), une estimation des personnes qui en sont absentes. La somme des usagers rencontrés et de l'évaluation des absents donne une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues dans chaque ville.

Ces prévalences locales sont ensuite utilisées pour réaliser une extrapolation au niveau national. L'OFDT obtient ainsi une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en rapportant le nombre connu des consommateurs pris en charge par le système de soins français à la proportion estimée localement.

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Ce système de surveillance épidémiologique de la consommation de stupéfiants et de psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage), via une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux usagers de drogues, existe au niveau national depuis 1995. Tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution se présentant au cours du mois d'octobre dans ces structures est inclus.

Les informations recueillies portent sur les caractéristiques des individus et sur chacun des produits consommés au cours des sept derniers jours (description, mode d'obtention et de consommation, effet recherché et signes de dépendance). En 2011, 137 centres (soit 5 189 patients) ont participé à l'enquête, essentiellement des CSAPA en ambulatoire (61 %) mais également plusieurs unités de consultation, de soins en milieu carcéral et des CAARUD.

OSIRIS : Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions 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, de gendarmerie et de douanes sur le territoire français (départements d'outre-mer compris) sont enregistrées dans le fichier OSIRIS. Il contient les informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local et trafic international) et aux saisies. Néanmoins, les faits les moins graves d'usage de stupéfiants et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas toujours renseignés.

Le produit mentionné est la « drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » (héroïne avant cocaïne, cocaïne avant cannabis, etc.) qui est retenue.

PRELUD : Enquête première ligne usagers de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête quantitative, annuelle de 2000 à 2003 puis répétée en 2006, visait la connaissance et le suivi des usagers de produits psychoactifs et de leurs pratiques. Elle interrogeait 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 ». La participation à l'enquête se faisant sur la base du volontariat, les personnes interrogées n'étaient pas forcément représentatives des usagers fréquentant ces structures.

L'enquête BioPRELUD constitue le volet biologique de PRELUD, menée auprès des usagers dans 5 villes. Les données de prévalence du VIH et du VHC observées dans le cadre de PRELUD sont déclaratives, ce volet a permis de recueillir des données biologiques (prélèvements salivaires).

PREVACAR : Enquête sur les prévalences VIH et VHC en milieu carcéral

Direction générale de la santé (DGS) / Institut de veille sanitaire (InVS)

Menée en juin 2010, cette enquête mesure la prévalence des infections par le VIH et le VHC ainsi que la proportion de personnes sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Elle comporte aussi un volet sur l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires : organisation et pratiques de dépistage, prise en charge des personnes infectées par le VIH et/ou les hépatites, accès aux TSO et à la réduction des risques.

Pour le volet « prévalence », les données ont été recueillies par questionnaire anonyme rempli par le médecin responsable. Pour le volet « offre de soins », un questionnaire comprenant 35 items a été envoyé à l'ensemble des 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) : 145 d'entre elles l'ont renvoyé à la DGS, soit un taux de réponse de 86 %, représentant plus de 56 000 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010.

Rapports d'activité des CSAPA : Exploitation des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Direction générale de la santé (DGS) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST puis les CSAPA (qui leur ont succédé) remplissent chaque année un rapport d'activité type qui est envoyé à l'Agence régionale de santé (ARS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil d'informations est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des personnes accueillies. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des individus reçus dans la structure. Pour l'année 2010, les rapports de 348 CSAPA ambulatoires et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être analysés, ce qui correspond à des taux de réponse respectifs de 83 % et 67 %.

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 personnes accueillies dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse. Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement.

En 2011, environ 96 000 patients vus dans 160 CSAPA (ex-CSST) ambulatoires (soit 75 % d'entre eux), 18 centres thérapeutiques résidentiels (presque la moitié) et 11 CSAPA en milieu pénitentiaire (soit 69 %) ont été inclus dans l'enquête.

RELIONPREDIL : Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux usages de drogues illicites et licites

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête vise à décrire les principales caractéristiques des actions de prévention liées aux usages de drogues, licites et illicites, menées au niveau local. Elle ne concerne pas les actions de formation, ni les activités pérennes d'accueil, d'écoute ou de consultations de structures spécialisées. L'enquête porte sur les actions qui s'adressent directement à un public, en population générale ou au sein d'un groupe à risque, pour éviter la survenue ou la répétition des consommations dommageables.

L'enquête RELIONPREDIL sur les actions menées entre janvier et décembre 2010 a été conduite en région Rhône-Alpes, du 3 janvier au 15 mars 2011. Les 112 réponses recueillies décrivent au total 487 actions menées dans autant de lieux distincts. Les taux de réponse modestes de la part de certaines catégories de répondants, notamment les établissements scolaires et les associations spécialisées, expliquent un taux de réponse global de 17 %.

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Institut de veille sanitaire (InVS)

Ce recueil de données a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO). Ces données sont transmises à l'InVS par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS). Elles sont recueillies au niveau de 509 unités géographiques d'analyse qui permettent un regroupement aux niveaux régional et départemental mais difficilement à un niveau plus fin. Ce dispositif participe, avec les données de remboursements issues de l'Assurance maladie, à l'estimation du nombre d'usagers de drogues sous MSO.

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES est un recueil de données qui 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.

Système de surveillance des hépatites B aiguës

Institut de veille sanitaire (InVS)

Une notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B a été mise en place en mars 2003. Comme pour le VIH et le sida, l'anonymisation des individus est initiée dès le premier stade par un biologiste. Ce dernier notifie toute hépatite B dont il suspecte le caractère aigu au médecin prescripteur, qui en cas d'antécédent d'hépatite B chronique connu, transmet la fiche de notification au médecin inspecteur de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les données recueillies permettent de décrire le profil épidémiologique des personnes touchées et d'estimer l'incidence et son évolution en France. Pour cela, les données issues de la notification sont corrigées de la sous-déclaration, estimée à 85-91 % en 2010. Elles permettent aussi d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B.

Système de surveillance VIH/sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. Celle des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a été mise en place en 2003. Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. Les notifications de sida, anonymisées dès le début, sont transmises par les seuls médecins.

Depuis 2003, environ 2 500 biologistes et 16 000 cliniciens ont participé à la notification obligatoire du VIH et/ou du sida. Une surveillance virologique (test Elisa basé sur la détection d'anticorps spécifiques) est opérée en parallèle par le Centre national de référence du VIH. Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à l'Agence régionale de santé (ARS) puis transmises à l'InVS.

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. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes en place. L'observation est menée dans deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y rencontrer des phénomènes nouveaux ou non encore observés, même s'ils ne résument pas à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, tel que défini par TREND, recouvre essentiellement les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) et les lieux ouverts (rue, squats, 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 parties, teknivals, etc.) 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 7 coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) à l'origine de rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national à partir :

- des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau des coordinations locales doté d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
- des informations du dispositif SINTES, système d'observation basé sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD) ;
- des résultats de systèmes d'informations partenaires ;
- des investigations thématiques quantitatives et qualitatives destinées à approfondir un sujet.